



Masteroppgave

MHS704 Helse- og sosialfag

Er det mulig å kartlegge områder som påvirker
opplevelsen pleiepersonalet har når de skal hjelpe den
eldre pasienten som er akutt forvirret?

Lisbeth Kjæraas Talberg

Totalt antall sider inkludert forsiden: 100

Molde, 4. mai 2009



Høgskolen i Molde

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Er det mulig å kartlegge områder som påvirker opplevelsen pleiepersonalet har når de skal hjelpe den eldre pasienten som er akutt forvirret?

Tittel på engelsk:

Forfatter(e): Lisbeth Kjæraas Talberg

Fagkode: MHS704

Studiepoeng: 30

Årstall: 2009

Veileder: Kolbein Lyng

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ ja ☐ nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ ja ☒ nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ ja ☐ nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ ja ☒ nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 15. desember 2009

MASTERGRADSTUDIUM HELSE – OG SOSIAL HØGSKOLEN I MOLDE HJELPERELASJONER TIL SÅRBARE GRUPPER

Er det mulig å klarlegge områder som påvirker opplevelsen pleiepersonalet
har når de skal hjelpe den eldre pasienten som er akutt forvirret?
En kvalitativ studie

Molde Mai 2009

Mastergradstudent: Lisbeth Kjæraas Talberg
Veileder: Kolbein Lyng

Brutte assosiasjoner

Hei.....

Hvordan kan.....

De medisinene

Jeg tok

I stolen der

Virke nå, som jeg har lagt meg

I sengen her.....??????

LKT 2008

Natt

Nei, nå må dere gå deres vei

Her er meget å gjøre

Gå nå, - sier jeg!!!

Vil du ha en kopp med kakao?

Har du stjålet melka mi og nå!

Jeg ringer politiet

UT skal dere, GÅ!!!

I sengen rives lakenet av

andre legger det på

Igjen og igjen.....

Hjertet hamrer så alt for fort

Og blodtrykket stiger

Hun vil ingenting ha

Bare ha oss bort

UT!!!!!!!

Hender holder fast

Og stikket gis...

Kampen er over og hun befris?

Natten er over

Damen ser bort....

Hun beklager det som er sagt

- Og gjort

Drømmen var slik at før

Gjestene kom

Skulle alt vær klart

På hotellets rom.

LKT 2008

Forord

Det var en helt spesiell sensommer, da jeg kom tilbake fra ferie. Flere pasienter var akutt forvirret og stemningen i avdelingen var påvirket av det. Spesielt en person ga meg inspirasjonen til å lære mer om delirium. Hver tidlig vakt i flere uker, gløttet du på døra ut til korridoren, sto på alle fire med minimal påkledningen, kikket forsiktig ut – som om du søkte etter et fast holdepunkt eller noen som kunne være med deg inn i din verden. Trygge deg i din verden. –Takk for din inspirasjon!

Takk til avdelingslederen min, Birgit Jordet som er positiv til at ansatte tar videreutdanning og bruker masse energi for å få turnuskabalen til å gå opp når faste medarbeidere har permisjon.

Takk til foretaket som har gitt oss muligheten med lønnede permisjonsdager, selv om det går mye fritid, hadde det ikke gått uten.

Takk til kolleger som har holdt ut med gnålet om delirium over flere år – det kommer til å bli mer mas om det.

Takk til veilederen min, Kolbein Lyng som introduserte *intersubjektivitet*. Et begrep så vesentlig at jeg ikke forstår at jeg som jobber med mennesker ikke har hørt og forstått betydningen av det før!

Takk til barn og ektefelle som tror at ho mor klarer alt☺

Og, - sist men absolutt ikke minst, - takk til dere som stilte opp til intervju. Uten dere - ingen oppgave. Alle bidragene har vært verdifulle og har i hvert fall gitt meg en ny innsikt i hvordan vi kan hjelpe pasienten som er akutt forvirret.

Proessen har vært lærerik både når det gjelder metode og delirium som tema. Det har vært spennende, morsomt og slitsomt, men ikke mer slitsomt enn at det frister til fremtidige prosjekt, - da helst sammen med kolleger i ”felten”.

Kortgarden, mai 2009

Lisbeth Kjæraas Talberg

Denne trykte utgaven er redigert i ettertid, da tiden ble knapp før innlevering. Skrivefeil er forsøkt rettet opp og et avsnitt som var dobbeltkopierte er fjernet. Det er ikke gjort noen endringer av innhold. Kortgarden, august 2009, L.K Talberg

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Egen erfaring tilsier at det å hjelpe pasienter med akutt forvirring kan være utfordrende og krevende. Opplever andre pleiere det slik? I så fall er det mulig å klarlegge områder hvor pleiepersonalet kan påvirke disse opplevelsene i positiv retning.

Design og metode: Det er benyttet kvalitative intervju bestående av en fokusgruppe med fem medlemmer og fem personlige intervjuer. Analysen er utført etter trinnvis modell av Kvaales (1997) fire første analyse trinn. Dataverktøyet NVIVO 8 er sammen med manuelle metoder brukt til strukturering av datamaterialet.

Funn og drøfting presenteres sammen under hovedpunktene delirium og kommunikasjon.

Resultater: Pleiepersonalet bekrefter at det kan være vanskelig og utfordrende å hjelpe pasienter med akutt forvirring. Det de forteller kan tyde på at bevisstgjøring av allerede bestående kunnskap og å innhente mer kunnskap om delirium og kommunikasjon kan bidra til at pleiepersonalet får en større forståelse for pasienten med akutt forvirring og derved at stressnivået kan senkes når de skal hjelpe denne pasienten. De peker også på det de mener er betydningsfulle faktorer for at pasienten skal få best mulig hjelp, og som også spiller inn på hvordan de opplever å skulle hjelpe pasienten med akutt forvirring.

Nøkkelord: eldre, pasienter, akutt forvirring, delirium, erfaringer, pleiepersonell, kommunikasjon, intersubjektivitet.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	s 10
1.1 Bakgrunn for valg av tema	s 11
1.2 Problemstilling	s 12
1.2.1 Avgrensing av problemstilling	s 13
1.3 Oppgavens oppbygning	s 14
 2.0 TEORI	s 14
2.1 Delirium	s 15
2.1.1 Forekomst	s 16
2.1.2 Årsak	s 17
2.1.2.1 Risikofaktorer	s 17
2.1.2.2 Utløsende faktorer	s 17
2.1.3 Patofysiologi	s 18
2.1.4 Avgrensing fra andre tilstander	s 18
2.1.5 Konsekvenser	s 19
2.1.6 Forebygging, behandling og tiltak	s 20
2.1.7 Pasientenes erfaring	s 22
2.1.7.1 Hva opplever pasientene kunne være til hjelp	s 25
2.2 Kommunikasjonsteori	s 25
2.2.1 Grunnlaget for kommunikasjon	s 25
2.2.2 Intersubjektivitet	s 26
2.2.3 Forutsetninger for kommunikasjon	s 27
2.2.4 Vellykket kommunikasjon – Samhandling	s 28

2.3	Hva tidligere studier sier om sykepleie til pasienter med akutt forvirring.....	s 29
3.0	METODE.....	s 33
3.1	Valg av forskningsmetode.....	s 33
3.1.1	Kvalitativt forskningsintervju.....	s 33
3.2	Tilgang til forskningsfeltet.....	s 34
3.2.1	Utvalgskriterier.....	s 34
3.2.2	Rekruttering av informanter.....	s 34
3.2.3	Informantene.....	s 35
3.3	Innhenting av intervjumaterialet.....	s 36
3.3.1	Intervjuguide ustrukturert.....	s 36
3.3.2	Gjennomføring av intervju.....	s 36
3.4	Nødvendige tillatelser.....	s 37
3.5	Analyse av data.....	s 37
3.5.1	Intervjuet.....	s 38
3.5.2	Transkripsjon.....	s 39
3.5.3	Strukturering og videre analyse	s 40
4.0	PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN.....	s 42
4.1	Hvordan pleiepersonalet opplever den eldre pasienten med akutt forvirring.....	s 42
4.2	Hva forteller pleiepersonalet om akutt forvirring som fenomen ...	s 43
4.2.1	Beskrivelse av akutt forvirring.....	s 43
4.2.1.1	Desorientering.....	s 44
4.2.1.2	Endret psykomotorisk adferd.....	s 44

4.2.1.3	Persepsjonsforstyrrelser.....	s 46
4.2.1.4	Hypoaktivt delirium	s 47
4.2.1.5	Fluktuerende delirium.....	s 48
4.2.2	Forekomst delirium.....	s 50
4.2.3	Akutt forvirring (delirium) eller demens.....	s 50
4.2.3.1	Begrepsforvirring, klar – uklar.....	s 51
4.2.4	Fokus på delirium.....	s 52
4.2.5	Kunnskap om delirium.....	s 55
4.2.6	Oppsummering av det pleiepersonalet forteller om akutt forvirring eller delirium som fenomen.....	s 55
4.3	Hvordan pleiepersonalet kommuniserer med pasienter som er akutt forvirret.....	s 56
4.3.1	Hva tenker personalet om hvordan de bør opptre når de tar kontakt med pasient som er akutt forvirret? – Møtet....	s 57
4.3.2	Kommunikasjon på pleiepersonalets premisser.....	s 59
4.3.2.1	Boka.....	s 60
4.3.2.2	Realitetsorientering.....	s 61
4.3.2.3	Avledning.....	s 64
4.3.2.4	Forhandling.....	s 66
4.3.3	Kommunikasjon på pasientens premisser.....	s 67
4.3.3.1	Pasientens historie.....	s 69
4.3.3.2	Verdien av å holde ut.....	s 72
4.3.3.3	Refleksjon.....	s 74
4.3.3.4	Ettersamtale.....	s 75

4.3.4	Oppsummering av hvordan pleiepersonell kommuniserer med pasienter som er akutt forvirret.....	s 76
4.4	Betydningsfulle faktorer slik pleiepersonalet ser det.....	s 77
4.4.1	Ro.....	s 78
4.4.2	Tid.....	s 78
4.4.3	Sykehusmiljø.....	s 80
4.4.4	Negative holdninger.....	s 81
4.4.5	Oppsummering betydningsfulle faktorer slik pleiepersonalet ser det.....	s 82
4.5	Svar på problemstilling.....	s 83
4.6	Pålitelighet og gyldighet.....	s 85
5.0	KONKLUSJON.....	s 87
6.0	REFERANSELISTE	s 89

Vedlegg

Intervjuguide

Søkehistorie

Informert samtykke

CAM – kortversjon

ER DET MULIG Å KLARLEGGE OMRÅDER SOM PÅVIRKER OPPLEVELSEN
PLEIEPERSONALET HAR NÅR DE SKAL HJELPE DEN ELDRE PASIENTEN SOM
ER AKUTT FORVIRRET?

1.0 INNLEDNING

Det å hjelpe eldre pasienter som er akutt forvirret kan være en utfordrende og krevende (Rogers and Gibson 2002). Er det et faktum eller består hjelpen til denne pasientgruppen av elementer som pleiepersonalet kan påvirke positivt eller negativt?

Hallberg (1999) antyder at sykepleie til pasienter med akutt forvirring innebærer å kunne oppdage tilstanden, overvåke den, beskytte pasienten og andre fra å bli skadet, lete etter underliggende årsaker, delta i behandlingen av denne og opp i dette ivareta pasienten på en måte som ikke forverrer tilstanden.

Umiddelbart kan det forstås som et mål eller et ideal.

Det er ikke alltid at pasienten vil ha vår hjelp. Vi kan oppleve det som et dilemma når pasienten ikke er tilgjengelig for assistanse og behandling og vi vet at behandlingen er med på å korrigere tilstanden som har gitt han en akutt forvirring eller et delirium ”på toppen”. En av informantene i oppgaven uttrykte det slik:

*”Ja, men altså. - Samme hva vi gjorde for noe så, - så det var nesten
fortvilende altså. ... Vi klarte ingen ting, - verken med ord eller noen ting altså.
- Men stakkars kallen han var jo syk. Han hadde jo lungebetennelse og ble
behandlet med antibiotika ikke sant, - og det intravenøst - og det ville han i
hvert fall ikke ha, - ikke sant. - Så det var en ond sirkel” (nr 2)*

Studier omkring delirium fokuserer i liten grad på det som skjer mellom pasienten og pleiepersonalet (Andersson, Hallberg og Edberg, 2003). Hvordan vi møter pasienten med delirium kan ha betydning for hvordan det vil gå med pasienten (Lundstrøm et al 2005). Pleiepersonell har vanskeligheter med å etablere og å opprettholde en positiv interaksjon med pasienten. Den største utfordringen er å unngå et kommunikasjonsbrudd og som følge av dette, bruk av tvang, skriver Andersson et al (2003). Det antydes at man bør legge vekt på å bekrefte (validere) pasienten og at realitetsorientering kun bør benyttes når pasienten selv oppfatter at han/hun er forvirret (Andersson, Norberg og Hallberg, 2002b). Kolbein

Lyng, veilederen min, introduserte begrepet intersubjektivitet. Begrepet ledet meg til kommunikasjonsteori skrevet av Rommetveit (1974,1992), Blakar (1992), Farr og Rommetveit i Marcová et al 1995, Marcová 1995 og 2003) som kan belyse hvorfor det kan være slik. Den fremholder at et menneske som kommuniserer alltid har et budskap og at forutsetningen for at vi skal kunne kommunisere er at vi ”forbigående deler en felles oppfatning av virkeligheten – her og nå”.

Det å få tilgang til pasienten gjennom kommunikasjon, er vesentlig for å kunne ”gi” den sykepleien Hallberg (1999) skisserer.

Pleiepersonell opplever det å hjelpe eldre pasienter med akutt forvirring som utfordrende og krevende (Rogers and Gibson 2002). Sykepleie til denne pasientgruppen innebærer elementer som avhenger av at vi klarer å kommunisere med pasienten på en god måte. Med det forstås at pasienten opplever kommunikasjonen meningsfull ved at vi får kontakt med pasienten og at han reagerer på en positiv måte. Det vil si for eksempel at begge opplever kontakt, at pasienten roer seg eller virker tryggere i den verdenen han måtte befinne seg.

Men, hvordan fortøner sykepleie til pasienter med akutt forvirring seg i hverdagen?

Klarer vi å gi den sykepleien Hallberg (1999) skisserer? Hvordan kommuniserer vi? Og kan det vi gjør og måten vi kommuniserer på virke positivt eller negativt inn på hvordan vi opplever å hjelpe denne pasienten? Er det andre elementer som spiller inn? Er det mulig å finne ut av dette ved å intervju pleiepersonell som arbeider med pasienter som risikerer å bli akutt forvirret?

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har arbeidet med eldre mennesker i en medisinsk avdeling i snart tretten år. I tolv år arbeidet jeg med eldre personer som ble rammet av hjerneslag. Opp til femti prosent av pasientene som rammes av slag utvikler delirium. Jeg kjenner derfor fenomenet fra praksis. Det er ikke de historiene som ender godt, som har ført meg til et ønske om å fordype meg i temaet omkring akutt forvirring. Det er historiene hvor pasientens verdighet trues og hvor vi ikke har lykkes verken med miljømessige, menneskelige eller medikamentelle tiltak og som har endt opp med bruk av tvang, som har inspirert meg til å lete etter kunnskap som kan være til hjelp når vi skal arbeide med pasienter med delirium. Jeg ønsker derfor å

innhente andre pleieres erfaringer for om mulig å klargjøre områder som det er mulig å påvirke til nytte både for pasient og pleiere.

1.2 Problemstilling

”Er det mulig å klarlegge områder som påvirker opplevelsen pleiepersonalet har når de skal hjelpe den eldre pasienten som er akutt forvirret?”

Jeg gikk bredt ut og søkte etter kunnskap som kunne være til hjelp når vi møter den eldre pasienten med akutt forvirring. Mitt utgangspunkt og litteraturen jeg har lest forut for intervjuene har hatt innvirkning på hele prosessen. Min første problemstilling, før litteratursøk, var ”Hvordan pleiepersonell erfarer å hjelpe pasienter med akutt forvirring”? Dette fordi jeg ønsket å få en bekreftelse eller avkreftelse på om andre også opplevde det utfordrende eller vanskelig. I så tilfelle tenkte jeg hvorfor er det slik? Hva er det som gjør det så vanskelig av og til? Er det mulig å klarlegge områder som påvirker denne opplevelsen av at det er vanskelig? Underveis i prosessen ble det tydelig for meg at kommunikasjonen mellom pleiepersonalet og den eldre pasienten med akutt forvirring var av stor betydning. Kommunikasjon er derved et områdes som er klarlagt på forhånd. Før jeg startet intervjuene forandret jeg derfor problemstillingen til ”Hvordan pleiepersonalet erfarer å kommunisere med den eldre pasienten som er akutt forvirret?” Det ble heller ikke helt det jeg ønsket å få svar på.

Under intervjuene ble det snakket om delirium på flere områder som samsvarer med en kombinasjon mellom den første problemstillingen og den andre. Det medfører at jeg ønsker å belyse problemstillingen med det Hallberg (1999), skisserer som det som vel kan sies å være den ideelle sykepleie til pasienter med akutt forvirring, i bakhodet, hvor pleiepersonalet skal oppdage, overvåke beskytte, lete etter årsak, delta i behandling og ivareta pasienten så han ikke blir verre.

For å kunne hjelpe pasienter med akutt forvirring er det vesentlig å ha kunnskap om tilstanden som fenomen. Det er grunnlaget for å være i stand til å oppdage og å overvåke en pasient med akutt forvirring. Det å opprettholde kommunikasjonen med denne pasienten er av avgjørende betydning for at pleiepersonale skal kunne delta i behandlingen for å

korrigere årsaken til forvirringstilstanden og for å ivareta pasienten på en måte som ikke forverrer tilstanden, - uten bruk av tvang.

Hvordan opplever informantene i denne studien å hjelpe pasienter som er akutt forvirret?

”Er det mulig å klarlegge områder som påvirker opplevelsen pleiepersonalet har når de skal hjelpe den eldre pasienten som er akutt forvirret?” For å belyse det fokuseres på følgende spørsmål ut i fra den delvis strukturerte intervjuguiden (se vedlegg) med utgangspunkt i:

”Kan dere/du fortelle om en gang der/du hadde en pasient som var akutt forvirret?”

1. Hvordan opplever pleiepersonalet å hjelpe pasienten som er akutt forvirret?
2. Hva forteller pleiepersonalet om delirium eller akutt forvirring som fenomen?
Hvordan beskriver pleiepersonalet en pasient med akutt forvirring?
Hvor ofte omtrent møter dere pasienter som er akutt forvirret?
Overvåkes pasienten med delirium eller risikopasienten for å følge utviklingen?
Når iverksettes tiltak?
3. Hvordan kommuniserer pleiepersonalet med pasienten som er akutt forvirret?
”Ettersamtale?”
4. Tanker om faktorer som kan være betydningsfulle når pleiepersonell skal hjelpe pasienten som er akutt forvirret.

1.2.1 Avgrensing av problemstilling

Hallbergs (1999) beskrivelse av sykepleie til pasienter med akutt forvirring inneholder flere elementer enn jeg belyser i denne studien. Jeg går ikke inn på det å lete etter underliggende årsaker, selv om det gjøres i praksis gjennom pleiepersonalets observasjon av pasienten. Forskjellige praktiske tiltak blir ikke vektlagt. Jeg berører også pårørende i svært liten grad, selv om pårørende er en del av helheten og blir berørt i sterk grad av akutt

forvirring, som kan arte seg svært skremmende for dem. I tillegg er pårørende en viktig kilde til informasjon og en viktig støtte for pasienten, spesielt når han er akutt forvirret. Det er ”pasientens beste” det handler om, men fokuset her er pleiepersonalets opplevelser og erfaringer.

1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven starter med en teoridel som gir en innføring i delirium som fenomen, en del om kommunikasjon og en del om sykepleie til pasienter som er akutt forvirret og hvordan det preger sykepleierne.

Metodedelen beskriver hvordan jeg har forholdt meg i forhold til gjennomføring av intervju, transkripsjon og analyse.

Presentasjon og drøfting av funn gjøres parallelt

Før det avsluttes med egen vurdering av pålitelighet og gyldighet og konklusjon.

2.0 TEORI

I utgangspunktet søkte jeg vid kunnskap i forhold til delirium og eldre. Dette for å oppdatere meg og å opprette et rammeverk omkring temaet. Jeg festet meg spesielt ved flere artikler om kommunikasjon i forhold til pasienter med delirium (Andersson et al 2002, 2003) som var basert på observasjoner og intervjuer av pasienter og sjukepleiere. Søk ble gjennomført i Cinahl, Cochrane Library, Svemed+, Norart, Proquest, PsycINFO og Medline. Det ble hentet inn artikler om delirium generelt, men med et spesielt fokus på litteratur som omhandlet det som skjer mellom pasienten og pleiepersonalet. Se søkehistorie i vedlegg. I forhold til generell informasjon om delirium har jeg brukt norsk litteratur Engedal og Wyller (2003), supplert med internasjonale studier.

Interessen for kommunikasjonsteori ble vekket, da veileder Kolbein Lyng, introduserte begrepet intersubjektivitet. Dette førte meg til kommunikasjonsteori skrevet av Rommetveit, Farr, Blakar og Marcová. Beskrivelsen av vilkårene for kommunikasjon gir mening til studiene av Andersson et al (2002, 2003) i og med at det bidrar til å forstå resultatene i deres studier. Studier som trolig er et viktig bidrag til alle som møter pasienter som er akutt forvirret.

Kvalitative artikler er vurdert og funnet akseptable i henhold til sjekkliste for kvalitative studier av Malterud (2003).

2.1 Delirium

Andre begreper som brukes parallelt med delirium er akutt forvirring, forvirringstilstand, delir, konfusjon og organisk hjernesyndrom (Ranhoff 2003, s 246). Gustafson et al (2002) ramser opp 69 engelske synonymer for delirium. Her brukes delirium eller akutt forvirring.

I ICD 10 defineres delirium som et ”... *Organisk hjernesyndrom med uspesifikk årsak, som kjennetegnes av samtidig forstyrrelse av bevissthet og oppmerksomhet, persepsjon, tenkeevne, hukommelse, psykomotorisk atferd, følelsesliv og søvnvåkenhetsrytme. Varigheten er skiftende, og alvorlighetsgraden varierer fra mild til svært alvorlig.*” (ICD-10, 2000) Det finnes flere sett med diagnostiske kriterier som fanger opp pasienten med akutt forvirring i noe forskjellig grad. Ranhoff (2003) påpeker at det er *fem kjernesymptomer* som i praksis er nyttig for å stille diagnosen delirium, nemlig *akutt innsettende mental svikt, fluktuerende forløp, redusert oppmerksomhet, desorganisert tenkning og endret bevissthetsnivå* (s 252).

Det at pasienten har en forstyrret bevissthet og kognisjon er viktig bakgrunnskunnskap når vi skal hjelpe pasienten og kommunisere med pasienten. Det medfører at vi ikke kan forvente det samme av denne pasienten som av andre pasienter som ikke er rammet av akutt forvirring eller har annen kognitiv svikt. Det krever kommunikasjonsferdigheter utover det som er nødvendig i en vanlig dagligdags samtale.

Pasienter med delirium kan bli hyperaktive, hypoaktive eller tilstanden kan opptre i en blandingsform.

Delirium kan vise store variasjoner i symptomatologi og alvorlighetsgrad. Enklest er det å kjenne igjen et *hyperaktivt* delirium der pasienten er psykomotorisk urolig, ofte vandrende, drar ut katetre og venekanyler, og har paranoide hallusinasjoner. I sykehusavdelinger har ca 20 % av pasientene med delirium en rent hyperaktiv form. (Ranhoff 2003). Disse pasientene har høy risiko for fall (Ranhoff 2003, Sandhaus, Harrel og Valenti 2006).

Et *hypoaktivt* delirium, som rammer ca. 30 % blir ofte ikke erkjent. Pasientene har lav aktivitet og trekker seg tilbake fra omgivelsene. De ligger ofte rolige i sengen, krever ingenting, og skaper ikke bryderi i avdelingen. Ved kognitiv testing kan man imidlertid påvise nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet, ofte med desorientering i forhold til tid, sted og situasjon. (Ranhoff 2003) Pasienter med hypoaktivt delirium synes å ha en dårligere prognose enn de med hyperaktivt delirium (Ranhoff 2003, Sandhaus, Harrel og Valenti 2006).

En betydelig andel av pasientene, ca 40 % veksler mellom hyper- og hypoaktivitet (Ranhoff 2003). Breitbart, Gibson og Trembley (2002) beskriver at det å ha et hypoaktivt delirium oppleves like vanskelig som det å ha et hyperaktivt delirium. Prosentdelen av de forskjellige formene varierer en del fra undersøkelse til undersøkelse, men det som er viktig for pleiepersonalet er å være klar over at det finnes forskjellige former. Uavhengig av hvilken skikkelse delirium opptre i, bør pleiepersonalet være i stand til å oppdage tilstanden slik at det blir mulig å finne årsak til forvirringstilstanden og å korrigere denne.

2.1.1 Forekomst

"Delirium is the most common complication of hospital admission for older people", skriver Young and Inouye's i sin review artikkel (2007, s 842). De viser til at rundt femti prosent av eldre ortopediske pasienter utvikler delirium postoperativt og at prevalensen blant medisinske pasienter varierer mellom 11-42 prosent.

Ut fra dette kan det slutes at delirium er en tilstand pleiepersonalet møter daglig.

2.1.2 Årsak

2.1.2.1 Risikofaktorer

Ranhoff (2003) skriver at det kan være vanskelig å skille risikofaktorer fra utløsende faktorer, men beskriver følgende viktige risikofaktorer: Høy alder, demens, tidligere hjerneslag eller hjerneskade, sansesvikt og polyfarmasi (s 255). Likeledes vil tilstedeværelse av flere sykdommer kombinert med polyfarmasi disponere for delirium.

2.1.2.2 Utløsende faktorer

Delirium skyldes ofte en eller flere utløsende årsaker som opptrer hos en pasient med et sett av risikofaktorer (Ranhoff 2003, s 256). Ranhoff lister opp en del tilstander som er vanlige utløsende faktorer: Subduralt hematoma, brudd, urinretensjon, infeksjoner, akutt hjerteinfarkt, hjertearytmi, hjerneslag, elektrolyttforstyrrelser, hypo- eller hyperglykemi, anemi, endokrine forstyrrelser, legemidler, intoksikasjoner, abstinens, multiple og ustabile medisinske lidelser, hypertermi eller hypotermi.

Delirium kan være eneste symptom på alvorlig akutt sykdom hos en eldre, skjør person som ofte kalles en risikopasient i geriatriiske miljøer.

Eriksson (1999) diskuterer hvordan omgivelser og sosiale faktorer kan medvirke til delirium. Det er for eksempel velkjent at en syk eldre person kan utvikle delirium under sjukehusoppholdet, bare ved at pasienten må flytte til et annet rom. Eller det kan tenkes at en ikke erkjent forvirringstilstand forverres og oppdages ved et rombytte.

Pleiepersonalet bør ha kunnskap om hvem risikopasienten er. Denne pasienten bør følges opp med samme tiltak som en pasient som er blitt akutt forvirret. Dette for om mulig å forhindre at han blir akutt forvirret og det gir oss større mulighet til å oppdage en

forvirringstilstand tidlig. Det gir pleiepersonalet mulighet til å sette inn tiltak for om mulig å forhindre at forvirringstilstanden skal forverre seg noe som er til nytte både for pasienten og dem selv.

2.1.3 Patofysiologi

Ranhoff (2003) skriver at mekanismene bak delirium er heterogene og bare delvis kjent. Juliebø (2005) beskriver kunnskapen om patofysiologi som fragmentarisk og at det mangler empiri om patofysiologiske mekanismer Young og Inouye (2007) finner at "the pathophysiology of delirium is poorly understood..." I sin review artikkel beskriver de allikevel at det finnes grunnlag for å oppfatte delirium som en neurotransmitter forstyrrelse, "*especially acetylcholine deficiency and dopamine excess*". Det finnes flere innviklede hypoteser om hvordan sykdom eller medikamenter påvirker homoestasen av stoffer i hjernen, men de er innviklede og vanskelig og forstå.(Juliebø, 2008)

Det er velkjent at stresshormoner har skadelige effekter på hjernen (Wetterberg, 2005). Stress gir mennesker med kognitiv svikt en dårligere funksjon. Delirium i seg selv gir pasienten en kognitiv svikt, i hvert fall av forbigående art. Dette kan fortelle oss at det kan være viktig for pleiepersonell å dempe stressfaktorer for pasienten som er akutt forvirret.

2.1.4 Avgrensing fra andre tilstander

Akutt debut og forstyrret bevissthet er de viktigste faktorene som skiller delirium fra demens, men personer med demens blir imidlertid lettere akutt forvirret enn personer uten kognitiv svikt. Young and Inouye (2007) angir en sterk forbindelse mellom delirium og demens: "...*delirium is associated with increased risk of developing dementia, although it is unclear whether the delirium is unmasking previously unrecognized dementia or initiating a process of cognitive decline*" (s 843).

Det kan også være vanskelig å skille delirium fra depresjon eller psykose (Ranhoff, 2003, s. 248 - 249). Hvis man støtter seg til opplysninger fra pårørende, diagnostiske kriterier og for eksempel et vurderingsverktøy (se kortversjon av CAM i vedlegg) for å oppdage akutt forvirring, er det allikevel mulig.

Young and Inouye (2007) anbefaler at *”the safest clinical approach is to consider that all older people presenting with confusion have delirium until proved otherwise”* (s 843).

Flere studier beskriver manglende fokus på å avdekke risikopasienten og at det ikke brukes screening verktøy for å avsløre forvirringstilstander (NCCurren and Cronin 2003, Ludwick 1999, Rogers and Gibson 2002, Cole 2004),

Bruk av observasjonsverktøy brukes kun unntaksvis i sykehusmiljøer, både i Norge og internasjonalt. Mye tyder på at det kan være til god hjelp for å avdekke akutt forvirring i en tidlig fase, før det blir et problem.

Hvordan er det i praksis, klarer personalet å skille mellom tilstandene?

2.1.5 Konsekvenser

Dick (1998) trekker fram at forskning har bevist at akutt forvirring hos eldre bidrar til økt sykелighet og dødelighet, lengre sykehusopphold, funksjonssvikt og til utvikling av mer permanente tilstander av kognitiv svikt, hvis forvirringstilstanden ikke oppdages og behandles innen rimelig tid. Young and Inouye (2007) finner det samme i sin review artikkel.

Medpasienter kan bli forstyrret og engstelige. Desorientert tankegang hos pasienten med delirium, kan få direkte konsekvenser for medpasienter. Det kan oppleves like vanskelig og trolig enda mer uforståelig for dem enn pleiepersonalet. Da en pasient med et hyperaktivt delirium krever mye oppfølging, blir det også mindre tid til medpasienter.

Rogers and Gibson (2002) finner at sjukepleie til pasienter med akutt forvirring krever mye tid, var frustrerende, utfordrende og utmattende.

Breitbart et al (2002) finner i sin undersøkelse at 73% av sjukepleierne (n 101) opplever pasienter med delirium svært belastende.

Rogers og Gibson (2002) har undersøkt hvordan det å hjelpe forvirrede pasienter påvirker sjukepleierne. De intervjuet ti sjukepleiere ved hjelp av en semistrukturert intervju guide. Følgende var karakteristisk: det krever mye tid, er frustrerende, utfordrende og utmattende. De beskriver videre at det å hjelpe forvirrede pasienter innebærer å gjøre samme tingen flere ganger, fordi pasienten fjerner utstyr, kler av eller på seg, går seg bort. Samme ting må forklares mange ganger grunnet nedsatt konsentrasjon og derved nedsatt korttidshukommelse og pasienten har oftest et mye større behov for hjelp for å opprettholde grunnleggende behov som å komme på toalettet eller å spise. I tillegg må man beregne mye tid på bekymrede pårørende.

Å hjelpe forvirrede pasienter kan også innebære en sikkerhetsrisiko for sjukepleieren. Ni av ti pleiere har erfart fysisk aggresjon og verbal negativ ordbruk (Rogers and Gibson, 2002). De fant også at det å hjelpe forvirrede pasienter forårsaker dilemmaer for pleierne. Videre beskriver de at det å hjelpe forvirrede pasienter kan tære på selvrespekten. Den økte arbeidsbelastningen, med hyppige avbrudd gjør at andre ting kan ta lenger tid, alle venter og misnøyen brer seg både blant pasienter, pårørende og kolleger. En kan føle seg inkompetent eller få skyldfølelse både i forhold til det som gjøres og ikke gjøres.

Pasienter med delirium er utsatt for komplikasjoner som infeksjoner og skader og kan være vanskelig tilgjengelig for behandling og rehabilitering. Dette fører ofte til behov for flere liggedøgn i sjukehus og et økt hjelpebehov eller behov for plass i institusjon etter utskrivning fra sjukehus. Dette fører til økte kostnader for samfunnet. (Young and Inouye 2007, Pitkala et al 2008)

Konsekvensene kan som beskrevet være store for alle parter når en pasient blir forvirret. Pleiepersonalet har i mange tilfeller mulighet til å påvirke disse konsekvensene. Forutsetningen er at tilstanden oppdages tidlig, slik at man kan finne og korrigere årsak. Måten vi møter pasienten på kan være avgjørende for om vi får tilgang til å behandle eller hjelpe pasienten. Tilgang til pasienten kan avhenge av om vi klarer å nå fram til pasienten i den verdenen han måtte befinne seg.

2.1.6 Forebygging, behandling og tiltak

Forebyggende tiltak er beskrevet av Rørbakken (2003, s 267). Det vektlegges av risikopasienten identifiseres og at tiltak iverksettes helst før pasienten blir akutt forvirret. Slike intervensjoner kan være: Realitetsorientering, terapeutiske aktiviteter, støyreduksjon, sikre uavbrutt søvn, tidlig mobilisering, begrense bruk av immobiliserende tiltak, begrense bruk av psykofarmaka, ikke-farmakologiske tiltak mot angst og søvnproblemer, synshjelpemidler, taleforsterker, høreapparat, oppdage og korrigere væskemangel.

Undersøkelser må ta sikte på å avdekke utløsende faktorer som nevnt under 2.1.2.2

Underliggende årsaker må behandles og korrigeres. Unødvendige medisiner skal seponeres.

Young og Inouye (2007) støtter opp under disse tiltakende. De mener at avgjørende faktorer er *"immediate identification and treatment of precipitants, withdrawal of drugs and supportive care (including management of hypoxia, hydration and nutrition, minimising the time spent lying in bed and mobilisation"* (s 845).

Helsepersonell med 24-timers ansvar for pasienten er sentrale i forhold til å avdekke delirium og til å iverksette tiltak (Andersson, Gustafson og Hallberg 2001, Dick 1998).

Undersøkelser og anbefalinger gir kun unntaksvis råd eller anbefalinger om hvordan man bør nærme seg pasienten når kjente tiltak ikke har effekt. En sykepleier må ofte alene ta stilling til hvordan en eldre pasient med delirium skal møtes når vedkommende ikke vil ha medisiner intravenøst, river av seg oksygentilførsel, kateter og venekanyler.

Anbefalinger blant annet fra Young og Inouye (2007) går ut på at man bør unngå fysiske tvangstiltak overfor en pasient med hyperaktivt delirium, da dette øker risikoen for at pasienten skal skade seg alvorlig, men de anbefaler medikamentell behandling hvis pasienten er til fare for seg selv eller andre inkludert det og ikke "ville" ta imot livsnødvendig medisinsk behandling.

Segatore and Adams (2001) skriver at *"Safe, effective, and sometimes aggressive use of drugs can be necessary and even lifesaving, when behavior escalates out of control such that the patient endangers himself or others"* (s 61).

Siddiqi, Stockdale, Britton and Holmes (2007) finner i sin review artikkel at bruk av haloperidol ” *was not effective in preventing delirium but did reduce its severity and duration, and also decreased length of hospital stay*” (s 9). Til eldre anbefales lave doser.

Rørbakken (2003, s 275) bemerker at den akutt forvirrede pasienten har behov for et trygt og kjent miljø og at sykehusmiljøet er dårlig tilrettelagt for det.

Young and Inouye (2007) bemerker at flere studier (alle unntatt en er ikke randomiserte) indikerer at utvikling av delirium kan reduseres med en tredjedel ved ”*to attenuate modifiable risk factors in individual patients*” (s 845). Samtidig konkluderer Siddiqi et al (2008) slik ”*There is little evidence from delirium prevention studies to guide clinical practice*” (s 10).

Det finnes mange forslag til hvordan pleiepersonal skal forholde seg til pasienter som er akutt forvirret. På papiret ser det greit ut, men det å få gjennomført tiltakene i praksis ser ut til å være en utfordring. Hvorfor det er slik er uklart, men en viktig årsak er at pasienten ”ikke vil”. Mange pleiere forteller også historier om at ”alt var prøvd, og ingen ting virket”, som pleiepersonalet i denne studien også forteller. Er det mulig å identifisere forhold som forsterker denne erfaringen? Kanskje påvirkes det av hvordan vi kommuniserer med pasienten?

2.1.7 Pasientenes erfaringer

”*It is necessary to understand patient’s thoughts and experiences during the delirious phase to be able to give professional care, both during the delirium phase and after the recovery*” (Duppils og Wikblad, 2007, s 810). De fulgte 34 pasienter med delirium og av disse husket femten pasienter det som hadde skjedd i ettertid. Pasienter med stor kognitiv svikt husket dårligere eller klarte ikke å formidle det de opplevde. Noen pasienter beskrev at virkeligheten plutselig forandret seg. Enkelte beskrev at de ble akutt forvirret i forbindelse med at de kjente vannlatingstrang, smerter eller sult.

Pasientene beskrev forvirringstilstanden som om at de drømte, men likevel var våkne. De tenkte at de var på sjukehuset, men opplevde at de var på et annet sted samtidig. De hadde

syner som var vakre og fornøyelige, men like ofte frastøtende, dramatiske og skremmende. De kunne blande tidligere opplevelser med nuet.

Pasientene opplevde at det var vanskelig å kommunisere og samhandle med andre, både i nåtiden og når de var alene og drømte. Det var vanskelig å forstå det som ble sagt eller de kunne ha en følelse av ikke å bli lyttet til.

Flere beskrev det å komme ut av deliriet som å våkne og oppleve at de var som før.

Ingen av pasientene i denne undersøkelsen hadde snakket med pleiepersonalet om sine opplevelser, men opplevde mulighetene til å snakke om dette (gjennom intervjuene) som positive.

Duppils og Wikblad (2007) oppfordrer sykepleiere til å lytte nøye til det pasienten opplever og å lytte til pasientens direkte og indirekte spørsmål.

Mc Curren og Cronin (2003) har i sin kvalitative studie intervjuet 14 eldre pasienter etter at de har kommet ut av forvirringsepisoden. Studien bekrefter at mange (ikke alle), husker det som skjedde og at opplevelsene kan være svært forskjellige. Mange uttrykte frykt og angst. Mange følte seg ille til mote i ettertid over det de hadde sagt og gjort. Noen opplevde forvirringsepisoden som at "det virkelig hendte", mens andre hadde en innsikt i at det ikke kunne stemme. Pasientene forteller om opplevelser av å bli forfulgt, å være mistenksom, om illusjoner, hørsel og syns hallusinasjoner, bisarre tanker og underlige assosiasjoner. Blant annet rapporterte flere at de tenkte at personalet var med i et komplott mot dem.

McCurren and Chronin (2003) finner at pasienter som har hallusinasjoner eller paranoide forestillinger oftere blir urolige og nervøse. De opplevde at behovet for forklaringer og terapeutisk kommunikasjon kom klart fram i studien (s322). De henter frem begrepet "true presence" som Latienen (1996) tenker brukt slik i forhold til pasienter med delirium: *"That being truly present in the patient's confused world, the nurse can give the patient reassurance that he or she is safe, understood, and accepted"* (McCurren and Chronin, 2003, s 322).

Breitbart et al (2002) finner at 53,5 % av pasientene (54 av 101) husket det de opplevde i sitt delirium. Denne studien antyder at pasienter som hadde et alvorlig delirium i mindre grad enn de som hadde en lettere tilstand, husket det de opplevde. Allikevel forteller de

som husker sine opplevelser at det å bli rammet av delirium var meget stressende. Det å ha vrangforestillinger var verst.

Andersson et al (2002b) intervjuet 50 pasienter som ble akutt forvirret under sjukehusoppholdet. 40 pasienter husket det som hadde skjedd, tre husket når de fikk stikkord, fem virket som om de husket, men ønsket ikke å snakke om det, mens to verken husket eller ønsket å prate om det. Funnene i denne studien ”*indicates that what takes place during the ACs is not nonsense, but probably a mix of the patient’s life history, their present situation and above all a form of communication concerning their emotional state and inner experiences in this new situation*” (s 662).

De antyder at pasientene bruker sin livshistorie for å skape mening i tilværelsen under forvirringsepisoden.

Anderson et al (2002a) beskriver hvordan pasienten balanserer mellom det å ikke klare og holde fast på virkeligheten og på samme tid forstå at noe er galt med ham/henne i oppfattelsen av hva som er indre og ytre virkelighet.

Anderson et al (2002a) antyder at

”Perhaps reality orientation is appropriate when the patient show they are aware of their confusion and their surroundings and strive for clarity. In other instances confirmation and following the person in their confused thinking is more appropriate” (s 316).

Grunnen til at pasientens opplevelser vies så stor oppmerksomhet er for at leseren skal få et innblikk i hvor vanskelig det kan oppleves å bli akutt forvirret. De skal se for seg hvem denne pasienten kan være. Flere av informantene i denne studien har også uttrykt at de gjerne ville vite mer om hvordan pasienten har det når de er akutt forvirret.

Pasientene husker i stor grad det som skjer, noe som forteller pleiepersonalet at de må være oppmerksom på det de gjør og sier. Det sier også noe om hvor viktig det kan være å få anledning til å snakke om det som har skjedd i ettertid. En ettersamtale kan også gi pleiepersonalet en tilbakemelding på hva pasienten har opplevd positivt og hva som er opplevd negativt. Slike tilbakemeldinger er en viktig kilde til læring og korrigering av væremåte for pleiepersonalet.

2.1.7.1 Hva opplever pasientene kunne være til hjelp

Mc Curren og Cronin (2003) spurte pasientene om hva som hjalp dem under forvirringsepisoden.

Pasientene forteller om kontakten med nære pårørende, pleiepersonalet tok seg tid til å forklare det som skjedde og hvorfor hadde effekt og at de stadig ble beroliget var nyttig. Noen fortalte også om væremåte som ikke hadde hvert til noe hjelp som det ikke å motta noen forklaringer, at sykepleiere unngikk spørsmål og tydelig viste at de ikke hadde tid til å ta seg av dem.

Pasienten som ble intervjuet av Duppils og Wikblad (2007) uttrykte at det var verdifullt for dem å få anledning til å snakke om det som var skjedd. Ingen av disse pasientene hadde snakket med personalet om sine opplevelser.

Pasientene selv beskriver derved at kommunikasjon var viktig for dem, både når de var forvirret og det å få snakke om det etterpå. Pleiepersonell bør være oppmerksom på dette og bruke det bevisst når de skal hjelpe pasienter som er akutt forvirret.

Det å kunne kommunisere med denne pasienten er vesentlig. Delirium kjennetegnes av *mental svikt, fluktuerende forløp, redusert oppmerksomhet, desorganisert tenkning og endret bevissthetsnivå* (Ranhoff 2003). Det forteller oss at å kommunisere med denne pasienten kan være spesielt utfordrende og krever kommunikasjonsferdigheter ut over den måten man kommuniserer på i vanlig dagligdags tale.

2.2 Kommunikasjonteori

Kommunikasjon stammer fra det latinske verbet *communicare* som kan oversettes med ”å gjera felles” eller ”to make common or shared” (Rommetveit, 1972, s 44).

2.2.1 Grunnlaget for kommunikasjon

Rommetveit (1972) skriver at “grunndraga i kommunikasjonshandlinga er følgjande:

Ein intensjon om å gjera noko kjent, ei innkoding av den intenderte budskapen i eit kommunikasjonsmiddel eller medium, ei avkoding av mediet som set mottakaren i stand til å oppleve intensjonen i innkodinga og dermed ta imot budskapen” (s 31).

2.2.2 Intersubjektivitet

Blakar (1992, s 238) beskriver en hypotese om at vellykket kommunikasjon eller dialog ikke kan finne sted uten at deltakerne klarer å etablere ” “a shared social reality”, a common *here-and-now* within exchange of messages can take place ” (Rommetveit 1974 og 1992; Blakar 1992).

Grunnlaget for at kommunikasjonen skal oppleves vellykket er imidlertid at deltakerne klarer å ta hverandres perspektiv. Det ved at de i øyeblikket klarer å ta del i hverandres verden.

Rommetveit (1974) skriver:

“States of intersubjectivity established at particular stages of specific dialogues may consequently..... be explored in terms of potentially shared perspectives and the capacity of one participant to adopt the point of view of the other. These are distinctive features of the dialogue as a social activity.....” (s 42)

Det kan forstås slik at uten intersubjektivitet eller evnen til å dele hverandres verden, er en dialog dømt til å mislykkes. Altså når for eksempel to mennesker prater forbi hverandre uten å registrere det, eller uten vilje til å lytte til eller godta hverandres ståsted eller verden, så mangler de grunnlaget for vellykket kommunikasjon.

Det fines ingen generell oppskrift på hva som må til for å oppnå intersubjektivitet. Rommetveit skriver at det som skal til for å oppnå intersubjektivitet varierer ut ifra det ”jeg og du” vet på forhånd. Av og til kan ett stikkord eller navn være nok for å forstå hverandre eller oppnå en felles forståelse. Samme ordene kan få en helt annen betydning for andre ut fra kontekst og deres ståsted. Han redegjør også for hvordan våre antagelser er helt nødvendig for at vi skal kunne kommunisere. Når vi kommuniserer vil vi normalt oppdage

og korrigere eventuelle ”gale” antagelser (Rommetveit 1974, s 65) slik at intersubjektivitet eller en ”temporarily shared social reality”, ”here-and-now”, på nytt kan gjenopprettes“ og videre “: what can be *made* known is by definition restricted to what can be *shared* in some sense.” (Rommetveit 1974, s 43)

Om deltakerne i en kommunikasjonsprosess har svært forskjellig ståsted, kan det være krevende ”å bygge broer” eller som Rommetveit (1974) skriver ”... *constructing some sort of a bridge between very different and previously separate social worlds*” (s 35).

2.2.3 Forutsetninger for kommunikasjon

En vellykket kommunikasjonsprosess stiller krav til deltakerne. Blakar (1992 s 237) redegjør for forutsetninger og påpeker at mangler ved disse kan medføre at kommunikasjonen bryter sammen. Han beskriver individuelle, sosiale og situasjonelle forutsetninger og samspillet mellom disse.

Når det gjelder de individuelle forutsetningene vektlegger han evnen eller viljen til desentrering og det å kunne ta et annet menneskets perspektiv:

“The ability or willingness to decenter (at least to some extent) and take the perspective of the other (s) is a basic precondition for successful communication, and extreme egocentrism may strongly hinder communication. In particular, when problems are encountered in the communication process, a minimum of decentration is required in order to re-establish intersubjectivity and shared premises for further communication” (Blakar 1992, s 245-246).

Evnen til å desentrere og å ta et annens perspektiv handler altså ikke bare om viljen, men også evnen til å gjøre dette. Det refereres til barns utvikling som fra å være egosentriske i stadig større grad klarer å ta den andres perspektiv. Selvrespekt og selvtillit spiller også inn og denne avhenger i stor grad av de andre som deltar i kommunikasjonen (Blakar 1992, s 241).

Relasjonelle forutsetninger som trekkes frem er at den ene må ha et minimum av tillit til den andre (og seg selv) for å kunne ta initiativ til kommunikasjon, og manglende tillit eller

mistillit kan være et alvorlig hinder for kommunikasjon. Deltakerne må videre ta hverandre på alvor (Blakar 1992, s 240).

Tekniske forutsetninger innebærer at deltakerne ser og hører hverandre optimalt, noe som innebærer at hjelpemidler som briller og høreapparat er tilgjengelige.

Andre forhold som spiller inn kan være alder, kjønn, utdanning, selvrespekt og angst.

“The emotional climate of the interaction situation is thus strongly influential” (Blakar 1992, s 245).

2.2.4 Vellykket kommunikasjon - Samhandling

Om formidlingen av budskapet oppleves som vellykket eller mislykket og av hvem har også betydning, ”... purely ‘private’ experience is transformed into intersubjectively established knowledge by the very act of communication.” (Rommetveit, 1974, s 52)

Det at vi forsøker å tune oss inn i forhold til hverandre tar vi ofte som en selvfølge, men dette gjelder ikke hvis vi har å gjøre med mennesker som har kommunikasjonsvanskeligheter. Farr og Rommetveit uttrykker det slik:

“The listener’s contribution to the completion of the communicative act, however, cannot any longer be taken for granted, unreflectively, in dialogues with persons who have certain forms of severe speech handicaps. The active listening aimed at making sense of speech in accordance with the speaker’s intention.....

(Marcova et al 1995, Ch 11, s 272)

Rommetveit (1974, s. 67) fremholder at det å kunne sette seg i den andres posisjon kan innebære å bruke fantasi, begi seg ut på ”usikker grunn” og også kunne ”bomme”, men at det må til for å finne en felles plattform, en forutsetning for intersubjektivitet som igjen er forutsetningen for vellykket kommunikasjon eller dialog.

Farr og Rommetveit (Markova et al, 1995) skriver om dialog at den åpner muligheter for andre former for fellesskap:

”Co-orientation becomes to co-production and co-consciousness. The two streams of consciousness that flow together and become synchronised in the course of dialogue (....) involve consciousness of self as well as consciousness of other“ (Ch 11, s 273).

Det gir en beskrivelse av at vellykket kommunikasjon eller dialog kan ”bære frukter” ut over selve kommunikasjonen.

Pasienten som er akutt forvirret preges av *mental svikt, fluktuerende forløp, redusert oppmerksomhet, desorganisert tenkning og endret bevissthetsnivå* (Ranhoff 2003, s 252). Dette er en person som når det er akutt forvirret, kan sies å ha kommunikasjonsvansker, noe som krever ekstra oppmerksomhet fra personalets side. Pleiepersonell får vanligvis ikke presentert grunnleggende kommunikasjonsteori i den formen som er beskrevet her. Imidlertid gir den en mening i forhold til det å arbeide med mennesker som ofte beskrives som å befinne seg i ”*en annen verden*”. Det er vårt ansvar som pleiepersonell å finne fram til pasientens verden og å lete etter den ”felles plattformen” som i følge kommunikasjonsteorien er vesentlig i forhold til å kommunisere med hverandre. Uten ”a shared social reality, a common here-and-now” blir det umulig for pasienten og pleiepersonell å forstå hverandre. Det er pleiepersonalets ansvar å bygge broen mellom oss. Klarer vi å bygge broer i hverdagen? Hvordan foregår kommunikasjonen? Kommuniserer vi ut fra egne premisser eller fra pasientens premisser? Eller er vi i det hele tatt bevisst på hvordan vi kommuniserer?

2.3 Hva sier tidligere studier om sykepleie til pasienter med akutt forvirring?

Sykepleie til pasienter med akutt forvirring innebærer å kunne oppdage tilstanden, overvåke den, beskytte pasienten og andre fra å bli skadet, lete etter underliggende årsaker, delta i behandlingen av denne og opp i dette kunne ivareta pasienten på en måte som ikke forverrer forvirringstilstanden (Hallberg, 1999 i Andersson 2002b, s 304). Denne ”definisjonen” kan oppfattes som et mål for hvordan sykepleien til denne pasientgruppen bør være. Hva skjer i en ”vanlig” sykehusavdeling i hverdagen? Dick (1998) antyder at forvirring er et pleieproblem som gjør seg gjeldende i interaksjonen mellom pasient og pleier når den forstyrrer behandlingen.

Flere studier (Rogers og Gibson, 2002; Sullivan - Marx, 2001; Ludwick, 1999 og Dick, 1998) finner at vanlige tiltak i forhold til akutt forvirring er medisiner, tvang og fastvakt. Åttifire prosent av sykepleiere i sjukehus brukte tvang i forhold til den siste forvirrede pasienten de hadde ansvar for (Ludwick og O'Toole, 1996 i R. Ludwick 1999, s 71). Roger og Gibson (2002) kritiserer dette og begrunner det med at bruk av medisiner og tvang kan være begynnelsen på en nedadgående spiral med negative konsekvenser for pasienten.

Dick (1998) og Rogers and Gibson (2002) finner begge at hovedfokus hos sykepleiere i forhold til akutt forvirring er å ivareta pasientens sikkerhet, velvære, verdighet og å gjenvinne normaltilstanden.

Dick (1998) finner ved deltakende observasjon og intervju av sykepleiere (n=7) at hvordan sykepleierne tilnærmer seg pasientene i stor grad avhenger av hvor forvirret og hvordan pasienten oppfører seg i sin forvirringstilstand. Hvis pasienten er rolig benyttes kognitiv tilnærming og språk. Ved økende forvirring benyttes i større grad tilrettelegging av omgivelser.

Neville (2006) har intervjuet pasienter etter at de var kommet ut av forvirringstilstanden. I tillegg ble primærkontaktene og legen som hadde ansvaret for pasientene, intervjuet. Han kritiserer sykepleiere for å være for fokusert på biomedisinske faktorer i forhold til pasienter med delirium. Han mener at man bør være mer nysgjerrig på erfaringene til den gamle pasienten med akutt forvirring og minner om at *"..hospitalized people with delirium bring with them a life time of rich personal experiences"*.

".....gerontological nurses need to bridge the gap between biomedical and personal representations of delirium by ensuring that any nursing service offered is evidence based, therapeutic, communicative and respectful" (Neville, 2006, s 118).

Stenwall et al (2007) fant i deres studie at *"The encounter with the confused patient is experienced as an encounter with an unfamiliar person, where the patients' actions and words are unforeseeable and with a lack of immediate trust"* (s 515). Sykepleierne strevde med å nå pasienten og å holde kontakten. Det så ut til at kjennskap til hvilken sans pasienten "foretrakk" og vedkommendes livshistorie kunne være til hjelp. Det var også

problematisk at sykepleierne tok med seg erfaringer fra tidligere møter med andre pasienter og overførte dette til nye møter.

”...the professional careers should be aware of whether their decisions and interpretations are based on their knowledge of earlier encounters with other patients or knowledge about the unique patient and his preferred senses and life story” (Stenwall et al 2007, s 521).

Andersson et al (2003) skriver at målet med studien var å belyse sykepleieres erfaringer i møte med eldre pasienter som utviklet akutt forvirringstilstand i en ortopedisk avdeling. Førtiåtte sykepleiere med erfaring fra ortopediske avdelinger ble inkludert. Det ble benyttet åpne, ustrukturerte intervjuer med vekt på ”behandlings hendelser”, erfaringer og fortolkninger av det som hadde skjedd under forvirringsepisoden og i tillegg til sykepleiernes handlemåter og sammenstøt med den forvirrede pasienten. Analysen avdekket at sykepleierne hadde vanskeligheter med å nå pasienten og hans virkelighet og også det å forstå pasientens opplevelser. Funnene tyder på at interaksjonen i møter mellom akutt forvirrede pasienter og sykepleierne er utilstrekkelig og/eller gjensidig brutt. Sykepleierne brukte forskjellige strategier for å komme pasienten i møte. Noen ganger resulterte de i kontakt og at pasienten roet seg og i andre tilfeller økte det pasientens irritasjon og sinne. Resultatene var mer vellykket når sykepleierne forsøkte å se situasjonen ut fra pasientens virkelighet og at sykepleiernes var oppmerksomme mot pasienten og ga ham trøst.

Anderson et al (2003) beskriver følgende fra sin observasjonsstudie.

”Through presence and listening comprehensively to the patients, the nurses seemed to enter into the patients’ world and to share their experiences and feelings. This...seemed to work well for the patients as well as the nurses” (s 446- 447).

I denne studien konkluderer Anderson et al med at sykepleierne har vanskeligheter med å etablere og å opprettholde kontakten med pasientene som har et delirium og at dette truer pasientens muligheter for å bli frisk.

Studiene beskrevet her om sykepleie til pasienter som er akutt forvirret omhandler i stor grad kommunikasjonen mellom pasient og pleiepersonell. Det å opprettholde kontakt er vesentlig.

I møtet med pasienten er vi avhengig av å kommunisere, med eller uten ord. For at pasienten skal føle seg sett, hørt og forstått er vi avhengige av å finne pasienten i hans verden. Vi må lytte og lete.

Realitetsorientering som begrep går ofte igjen både i refererte studier og blant denne studiens informanter. Realitetsorientering beskrives som en kommunikasjonsform som i størst mulig grad er orienterende og informasjons givende. Anvendes overfor eldre som har mistet evnen til å orientere seg når det gjelder tid og sted, hvem som heter hva, hva gjenstander skal brukes til osv. Realitetsorientering er en samtaleform som kan brukes overfor eldre som allerede har, viser tegn på problemer med orientering og hukommelse. (Heap 2002).

Andersson et al (2002a, 2002b og 2003) er flittig sitert. Det skyldes at de er sprunget ut fra store, grundige, kvalitative studier med et viktig budskap til pleiepersonell som skal hjelpe pasienter som er akutt forvirret. Å belyse funnene med begrepet *intersubjektivitet* kan forklare hvorfor forskjellige måter å kommunisere på blir mer eller mindre vellykket.

Tidligere studier peker på at det er vanskelig å opprettholde kontakten med pasienten som er akutt forvirret, men at pleiepersonalet prøver å ivareta pasienten på en best mulig måte. Det påpekes at det kan være vanskelig ikke å ta med seg tidligere opplevelser inn i møtet med den nye pasienten, men at pasientens egen historie må vektlegges. Vi bruker ord når pasienten har en mild forvirring og bruk av tvang opptrer i økende grad når forvirringstilstanden forverrer seg. Når pasienten blir urolig og derved kan oppfattes som et problem, blir det vanskelig og ressurskrevende. Det å gå inn i pasientens verden oppfattes som mer vellykket enn tankeløs realitetsorientering. Det at noen tilnærminger oppfattes som mer vellykket enn andre tilnærminger betyr kanskje at vi har påvirkningsmuligheter.

3.0 METODE

3.1 Valg av forskningsmetode

I studien søker jeg kunnskap om erfaringer og opplevelser pleiepersonell har når de skal hjelpe pasienter som er akutt forvirret. Hva forteller pleiepersonalet om de frustrerende krevende og utfordrende opplevelsene, hvilke erfaringer har de med pasienten som er akutt forvirret når det gjelder delirium som fenomen og kommunikasjon. Er det mulig å identifisere faktorer som påvirker de vanskelige opplevelsene, gjennom det pleiepersonalet forteller om hvilke erfaringer de har med å hjelpe og å kommunisere med pasienten som er akutt forvirret?

Kvalitativ forskning er en av flere veier til vitenskapelig kunnskap. Metodene bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres (Malterud 2003, s 31).

Med bakgrunn i problemstillingen velges en kvalitativ tilnærming

3.1.1 Kvalitativt forskningsintervju

Blant de kvalitative forskningsmetodene har jeg valgt forskningsintervju som metode. En form for forskningsintervju er ”det halvstrukturerte livsverdensinterview” som defineres som ”et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener.” (Kvale 1997, s 19)

Jeg har brukt både personlige intervju og fokusgruppe intervju.

Fokusintervju med grupper ligger nær det kvalitative forskningsintervjuet (Kvale 1997, s 79) og kalles ofte fokusgrupper. Gruppeinteraksjonen kan redusere intervjuerens kontroll over intervjusituasjonen. Kvale (1997) fremholder også at intervju med fagpersoner krever at intervjueren har god kjennskap til temaet. (s 108)

3.2 Tilgang til forskningsfeltet

3.2.1 Utvalgskriterier

Rekruttering av informantene ble gjort strategisk ved at de ble hentet fra avdelinger hvor man med grunnlag i forskning (Young og Inouye, 2007) kunne forvente å finne fenomenet akutt forvirring.

Deltakerne skulle være pleiepersonell som hadde erfaring fra en generell indremedisinsk avdeling i mer enn 2 år. Medisinsk avdeling er valgt på grunnlag av at intervjuer selv arbeider ved en medisinsk avdeling og at det er interessant å høre om erfaringer fra lignende avdelinger. Delirium som fenomen opptrer med samme variasjoner i alle typer avdelinger som behandler eldre med akutt sykdom eller skade. Gjennomsnittsalderen for inneliggende pasienter i medisinske avdelinger som beskrevet er som oftest mer enn 80 år. Det er ønskelig med noe erfaring hos pleiepersonalet for å sikre rikt intervjumateriale, derfor er kravet minst to års praksis fra en slik avdeling. Med grunnlag i at delirium opptrer med en frekvens på 11- 42 % (Young and Inouye 2007), tilsier det at pleiepersonalet har møtt denne pasientgruppen.

3.2.2 Rekruttering av informanter

Jeg sendte informasjon om studien til avdelingsledere ved to medisinske i forskjellige foretak med forespørsel om tillatelse til å be pleiepersonell som fylte kriteriene ved respektive avdelinger, om å delta. Begge var i møtekomende og jeg mottok skriftlig tillatelse fra begge. De var behjelpelige med å henge opp informasjonsskriv hvor det ble opplyst om hvordan frivillige kunne komme i kontakt med intervjuer. Denne metoden var ikke funksjonell – ingen meldte seg fra noen av avdelingene.

Valgte så en ny innfallsvinkel. Spurte om å få hospitere på en medisinsk avdeling i fjorten dager, for å få personlig kontakt med pleiepersonell for om mulig om det kunne bidra til rekruttering. Avdelingslederen var igjen positivt innstilt. Jeg informerte om mitt prosjekt,

men ingen fra pleiepersonalet meldte seg. Intervjuer ringte da personlig alle ansatte ved to av gruppene som har flest eldre pasienter, som fylte utvalgskriteriene. Det førte frem. Pleiepersonalet stilte seg positivt på personlig forespørsel og ble fordelt i to fokusgrupper med henholdsvis 5 og 6 deltakere, ut i fra når de hadde anledning til å stille.

Intervjuene ble foretatt kort tid etter avsluttet hospitering. Intervjuet av fokusgruppe nr 1 foreløp etter planen. Dagen fokusgruppe nr 2 skulle intervjues falt sammen med vinterens første store snøfall. Det medførte at deltakerne meldte avbud, de greide ikke å nå fram. En av deltakerne var på jobb og sa seg villig til et personlig intervju, hvilket ble gjennomført.

Erfarte i ettertid at datagrunnlaget ble sparsomt. Tok kontakt med avdelingsleder i en medisinsk avdeling i et annet foretak og fikk muntlig klarsignal til å ta kontakt med pleiepersonalet i forbindelse med studien. Jeg fikk hjelp til å finne fram til alle i pleiepersonalet som fylte utvalgskriteriene. Av disse gjorde jeg et tilfeldig utvalg, ved å nummerere lapper og trekke. Jeg kontaktet de fire første pr telefon. Alle sa seg villig til å stille til som informanter. Jeg erfarte i forbindelse med fokusgruppen at det var vanskelig å finne tidspunkt som passet alle deltakerne og valgte nå personlige intervjuer.

3.2.3 Informantene

Alle var hjelpepleiere eller sykepleiere. Erfaringsspredningen (arbeidet ved med eldre) var fra 2,5 til 37 år, med et gjennomsnitt på 16,5 år. Alle har arbeidet ved en generell indremedisinsk avdeling i mer enn 2,5 år. Gjennomsnittsalderen var 35 år, den yngste 25 og den eldste 60 år. Informantene fordeler seg med 2 (5 i fokusgruppe og ett personlig intervju) fra ett foretak og fire fra et annet. Datamaterialet er ikke knyttet opp mot den enkelte avdeling, til faggruppe eller alder. Antall informanter og avdelinger de er hentet fra, er for lavt til at det skal kunne gi noen verdifull informasjon.

3.3 Innhenting av intervjumaterialet

3.3.1 Intervjuguide – ustrukturert

Det ble utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg). Denne var delvis strukturert, for å sikre at intervjuet skulle belyse hvordan informantene erfarte og opplevde undertemaer som på forhånd var innhentet i studiens teoretiske referanseramme. Utgangspunktet for intervjuene var at informantene friest mulig skulle fortelle hvordan de erfarte å hjelpe pasienten med akutt forvirring. Hovedtemaene var hvilke erfaringer de hadde med delirium som fenomen, hvordan de opplevde å hjelpe pasienten som var akutt forvirret, hvordan de erfarte å kommunisere med pasienten som var akutt forvirret og hvilke tanker de selv hadde om hva som virket positivt eller negativt inn på hvordan vi klarte å hjelpe pasienten.

3.3.2 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført i to omganger. De to første intervjuene (fokusgruppe og ett personlig) ble gjennomført i oktober/novemberskiftet i 2008. De fire andre intervjuene ble gjennomført i februar 2009. Det ble gjennomført ett intervju pr dag. Alle intervjuene forgikk på informantenes arbeidsplass, men på ”nøytral grunn” utenfor avdeling. To av intervjuene ble forstyrret av støy (reparasjonsarbeid) og ett av disse igjen ved at det banket på døren til intervjurommet. Tilsynelatende mistet ingen av disse informantene ”tråden”. Intervjuene varte fra 25 minutter til 58 minutter med en gjennomsnittelig varighet på 46 minutter. Det var tilrettelagt for inntak av drikke og ”lettmat” under intervjuene. Informantene hadde på forhånd fått skriftlig informasjon om tema og at det ville bli foretatt lydopptak av intervjuene. Dette ble gjentatt før intervjuet begynte. Deltagerne skrev også under på et informert samtykke, hvor de bekrefter at de forstår det de er med på, at opplysninger som fremkommer under intervjuene er konfidensielle og taushetsbelagt, men at meningsytringer kan bli anonymt sitert og at de når som helst kunne varsle at de allikevel ikke vil bidra uten konsekvenser for dem.

Lydopptakeren var en MP3 – spiller. Under utprøving en til en på forhånd fungerte opptakene godt. Både informantene og intervjuer opplevde at det var positivt at størrelsen på lydutstyret var lite.

3.4 Nødvendige tillatelser

Etiske og faglige vurderinger har vært styrende i hele prosessen med etablering av kontakt, gjennomføring av intervjuer og håndtering av muntlig og skriftlig informasjon. Behandling av personopplysninger er etter hovedregelen (personopplysningslova § 31) meldepliktig. Melding forsøkt sendt til Datatilsynet oktober 2008, via elektronisk skjema. Ved utfylling av skjema kommer det frem at opplysningene som skal innhentes og måten de skal behandles på i dette prosjektet, ikke omfattes av meldeplikten. Personopplysninger eller sensitive opplysninger som kan spores til person innhentes ikke, og data behandles manuelt.

3.5 Analyse av data

Analysearbeidet ble gjennomført etter en trinnvis modell som beskrevet i Kvale. De tre første skjer i selve intervjuet hvor informantene beskriver deres livsverden, de oppdager selv nye sammenhenger og intervjueren sammenfatter og fortolker meningen av det som beskrives for at informanten skal kunne gi en tilbakemelding til intervjueren om han har forstått rett. På det fjerde trinnet fortolkes det transkriberende intervju av intervjueren (1997, s 187). I den videre analysen av intervjuene er det brukt forskjellige metoder og teknikker, en såkalt ”ad hoc anvendelse” (Kvale, 1997 s 201), hvilket blir tydeligere under beskrivelse av det videre analyse arbeidet.

3.5.1 Intervjuene

Innledningsvis i intervjuene ga jeg informantene mulighet til å snakke fritt om delirium og kommunikasjon med pasienten som var akutt forvirret. Flere informanter hadde behov for litt hjelp til å komme i gang. De ble oppfordret til å fortelle om en gang de/dere hadde en pasient som var akutt forvirret. Flere fortalte små episoder og ba om tilbakemelding om det kom inn under akutt forvirring for å være sikre på at de fortalte om det riktige fenomenet. Intervjuer gikk videre inn på det informanten fortalte om og forsøkte å presisere ved å stille ekstra spørsmål om intervjuer hadde oppfattet rett.

Hensikten med gruppefokusintervju var i tillegg til å innhente erfaringer om kommunikasjon mellom pleiepersonalet og den eldre pasienten med akutt forvirring også å forsøke å få en diskusjon omkring om de oppfattet begrepet *intersubjektivitet* i denne sammenheng som meningsfull. Meningen med begrepet ble forklart. Dette ble gjort helt mot slutt av intervjuet. Det var ikke mulig å få til en diskusjon om dette. Forsøkte på samme måte å bringe inn begrepet i de personlige intervjuene også, uten å få noen diskusjon, men mer som en informasjon. Det er mulig at begrepet i øyeblikket ble oppfattet som litt innviklet. Reaksjonene ble mer ”ja og ha”.

Informasjonen fra de forskjellige intervjutypene er ikke veldig forskjellig, men fokusgruppen hadde runder på temaer, før en i gruppen uttalte seg tilsynelatende på vegne av gruppen. Deltakerne i gruppen bidro i forskjellig grad. To av deltakerne, en i fokusgruppen og en informant i et personlig intervju, hadde mindre å fortelle enn ”gjennomsnittet”. Det var sammenfallende med at de hadde kortest erfaringstid. I og med at antall deltakere er få, har jeg ikke vektlagt dette i studien. Alle bidrag var verdifulle.

Opplevde at informantene i de personlige intervjuene uttalte seg noe friere enn i fokusgruppeintervjuet.

Informantene fortalte om sine erfaringer, men sekvenser av noen intervjuer bar preg av utveksling av erfaringer mellom fagpersoner som arbeider i samme felt og flere informanter ønsket også at intervjuer skulle svare på direktespørsmål vedrørende tema. I fem av seks intervjuer uttalte informanten direkte at intervjuet hadde vært en positiv opplevelse og at det hadde fått dem til å reflektere over egen praksis og til dels gitt dem en ny erkjennelse.

”Ja, men det er sant, - og det er nå, - Når jeg tenkte på det før jeg kom ned så har jeg ikke tenkt over noe av det her i det hele tatt. Altså, det er veldig mye vi gjør som vi ikke er bevisst på at vi gjør.” (nr 5)

3.5.2 Transkripsjon

Lydopptakene er transkribert til tekst ord for ord, og er i sin helhet gjennomført av intervjuer (meg). Lydkvaliteten på MP3- opptakene var av varierende kvalitet. Romforholdene i de to første intervjuene kan ha bidratt til dette. Mulig at avstanden fra MP3- spilleren til informantene ble for stor. Det medførte at en del sekvenser var noe utydelige og transkripsjonen tok ekstra lang tid. Noen ord ble borte og ingen av sekvensene hvor dette skjedde er brukt som sitat. De fire siste intervjuene ble foretatt etter transkripsjon av de to første. Tre av disse var av god lydkvalitet, mens ett intervju var lydopptaket mislykket, som trolig skyldes feil fra intervjuer, selv om ”spilleren” ble prøvd ut før hvert intervju. Fra dette intervjuet ble det skrevet et referat samme ettermiddag intervjuet ble foretatt.

Informantenes identitet er anonymisert ved at jeg har brukt XXX i stedet for navn på person eller stedsnavn. Jeg har valgt å skrive om dialekt i stor grad for å unngå at informanten direkte kan gjenkjennes i det miljøet vedkommende arbeider. Det går noe utover frodigheten, men informantenes anonymitet er vektlagt. Det er utfordrende å utføre en korrekt transkripsjon av kommunikasjonen som ikke omfattes av ord. Latter og sukk har jeg antydnet i parentes. Det blir mange halve setninger og tenkepauser. Tenkepauser ble opprinnelig markert med..., men ved bruk av sitat i fremstillingen av oppgaven har jeg valgt å bruke -. Dette for å markere en forskjell mellom tenkepauser og sitat som er hentet fra en lengre sekvens. Når slikt skjer markeres det med ... Når flere referanser fra samme informant knyttes sammen, markeres det med (ny ref) før sitatet fortsetter.

De to første intervjuene ble transkribert før de siste ble gjennomført. Det var merkelig å høre seg selv, og jeg erfarte at jeg i enkelte sekvenser hadde vært noe overivrig. Jeg forsøkte å korrigere det i den neste intervjurunden.

Teksten ble skrevet inn i Word dokument. Da intervjuene var forholdsvis åpne, fremkom forskjellig informasjon på forskjellige steder i intervjuene. Det var spennende å skrive ut

intervjuet til tekst. Informasjonen i intervjuene trådte tydeligere frem når den ble nedfelt skriftlig. I følge Kvale (1997) er transkripsjon en fortolkningsprosess i seg selv. Han gjør også oppmerksom på at disse første skriftlige dataene ikke er rådata, men at de er kunstige konstruksjoner fra muntlig til en skriftlig kommunikasjonsform(s.163). Det er mye data som faller ut. De fleste fakter og ikke minst gruppeprosesser under fokusgruppeintervjuer blir borte. Likeledes er det den som skriver ut intervjuene som tolker om for eksempel informanten reflekterer eller om bare tenker på noe helt annet og atmosfæren under intervjuet som jeg husker kunne variere litt, blir det vanskelig å beskrive.

Etter at alt materialet var skrevet ut, satt jeg igjen med 117 sider, inkludert referatet fra intervjuet hvor lydopptaket var mislykket. Ved å lytte gjennom intervjuene en gang til etter transkripsjon registrerer jeg enkelte uttalelser som i større grad kunne vært belyst for å sikre at jeg hadde oppfattet uttalelsen slik informanten hadde ment.

3.5.3 Strukturering og videre analyse

Det transkriberte datamaterialet ble gjennomlest flere ganger før det ble innført i en nyere versjon av NUD*IST, NVIVO 8. Dette er et dataprogram for håndtering av kvalitative data. Verktøyet er, på linje med flere tilsvarende dataprogram, et hjelpemiddel i systematiseringen av innhentede data. Den erstatter den tidkrevende analysemetoden som bestod i å klippe og lime store mengder data og gir forskeren mulighet til å prøve ut forskjellige analyser. En stor fordel er at forskeren aldri mister kilden. Alt som ”klippes” fra teksten kodes til opprinnelig kilde og det er enkelt å finne sitater igjen i den opprinnelige teksten. Innenfor dette programmet brukes begrepet noder, forstått som variabler (Ødegård 2005) om systematisering av materialet i kategorier.

Datamaterialet fra de fem transkriberte intervjuene og referat fra ett intervju ble gjennomgått ett for ett. Med hovedtemaene fra teorien og intervjuguiden som utgangspunkt samlet jeg sitater som omhandlet lignende temaer under noder (free nodes). Noen temaer trådte frem under gjennomgangen av nodene, temaer som virket viktige i forhold til hovedtemaet. Det ble registrert data under 44 free nodes, hvorpå disse ble samlet inn under fem tree nodes, som ga en oversikt over hvilke opplysninger dataene sa noe om. Parallelt

med NVIVO 8 brukte jeg Word og Excel for å få en tabell oversikt over data informantene hadde uttrykt, for eksempel i hvilke opplevelser og erfaringer som går igjen hos flere informanter og for å se spredningen av informasjon. Jeg har overført informasjon fra NVIVO 8 til Word og skrevet det ut i papirform, som jeg opplever som mer håndfast og som gjør det enklere å holde oversikten.

Under kodingen ble det klart at informantene beskrev erfaringer som gikk utover det å kommunisere med pasienten som var akutt forvirret. Dette fremkom faktorer som er viktig i forhold til hvordan vi kommuniserer med pasienten, men også mange sammenfallende beskrivelser av faktorer som har betydning for hvordan vi opplever det å hjelpe pasienten som var akutt forvirret.

Dataprogrammet gjorde det enklere å ha distanse til materialet. Ved kodingen opplevde jeg ingen nærhet til materialet, kun systematikk, ”dette utsagnet passer inn under den noden og dette under den andre”, noe som var fascinerende. Det var som å oppdage det informantene hadde sagt, på nytt. Det var først i denne prosessen at det gikk opp for meg hvilke informasjon som lå i materialet.

Jeg har ikke fått anledning til å bruke NVIVO 8 til alt den kunne vært brukt til og regner med i ettertid å oppleve at jeg skulle ønske jeg hadde oppdaget eller forstått bruken av flere funksjoner. Allikevel har programmet vært til stor hjelp for å behandle data på en systematisk måte.

4.0 PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN

4.1 Hvordan pleiepersonalet opplever den eldre pasienten med akutt forvirring

Hallberg (1999) antyder at sykepleie til pasienter med akutt forvirring innebærer å kunne oppdage tilstanden, overvåke den, beskytte pasienten og andre fra å bli skadet, lete etter underliggende årsaker, delta i behandlingen av denne og opp i dette kunne ivareta pasienten på en måte som ikke forverrer forvirringstilstanden.

Bakgrunnen for at jeg valgte delirium som tema, var at jeg selv hadde erfart episoder jeg opplevde som utfordrende. Jeg har også observert kolleger som sliter. Ved å intervju pleiepersonell fikk jeg anledning til å finne ut om andre også opplevde det å skulle hjelpe pasienter som var akutt forvirret som utfordrende. Følgende beskrivelser, brukes av informantene: Fryktelig vanskelig, føle seg hjelpsløs, fortvilt, angst, tungt, overraskelser (negative), ikke alltid like lett, Å Herre Gud, syns synd på pasienten, veldig vanskelig, frustrasjon, blir kvalm, grusomt, må tåle, direkte vondt, uforutsigbar situasjon, kaos – miste kontroll, når ikke fram, usikkerhet, gir opp, nedstemthet, ikke lykkes, vanskelig situasjon, utfordrende, trasig, utrygg, redsel, ubehagelig, vondt, sliten, tidsnød, ikke bli hørt, ikke strekke til eller utilstrekkelighet, ikke noe kjekt, kompromiss med seg selv, ikke noe artig, følelse av å stå alene.

Informantene bekymrer seg for pasientens ve og vel når han viser tegn på akutt forvirring, men de utfordringene og de vanskelige følelsene kommer først når pasienten er på en slik måte at han forstyrrer aktiviteten i avdelingen. Det ser ut som at utfordringene begynner når pasienten blir urolig, mistenksom eller paranoid/psykotisk og pleiepersonalet opplever at de må stoppe eller nekte pasientens handlinger for å hindre at pasienten skader seg, utsetter seg for uverdige situasjoner eller er til bry for andre pasienter.

”Nei, det er jo aldri noe kjekt, - hjelpe meg, det er aldri noe kjekt. Men, altså vi maktet ikke å gjete han, han gikk fra - altså inn på alle rom - og stod og skulle knuse brannvarsleren. - Det var liksom--- Nei, det måtte bare gjøres, både for hans del og for alle. Andre sin del faktisk ... Nei altså jeg blir jo oppgitt, men hva du kjenner? Du, - du må nå bare gjøre det. - Du må bare gjøre det ... Det er fælt. Det er det, - at du

skal behøve og, - å gjøre det. Mens så tar jo den andre tanken og da tak - at hadde vi ikke gjort det så – hva da? ... Av og til så er det den eneste utvegen faktisk!”(nr 3)

Videre er utfordringen stor når pleiepersonalet skal behandle eller pleie pasienten. Dick (1998) antyder at forvirring er et pleieproblem som gjør seg gjeldende i interaksjonen mellom pasient og pleier når den forstyrrer behandlingen, hvilket kan se ut til å være en del av sannheten. Akutt forvirring er i hvert fall et pleieproblem når tilstanden forstyrrer omgivelsene i avdelingen og/eller forstyrrer behandlingen av gjeldende pasient. Akutt forvirring er et pasientproblem når pleiepersonalet ikke oppdager tilstanden.

Alle informantene beskriver situasjoner som er krevende for dem. Dette stemmer godt overens med Breitbart et al (2002) som i sin undersøkelse finner at 73% av sjukepleierne opplever pasienter med delirium som svært belastende. Selv om informantene i denne undersøkelsen ikke bruker svært belastende direkte, så gir de inntrykk av at det å hjelpe pasienter som er akutt forvirret kan være tungt. Rogers og Gibson (2002) har undersøkt hvordan det å hjelpe forvirrede pasienter påvirker sjukepleierne. Følgende var karakteristisk: det krever mye tid, er frustrerende, utfordrende og utmattende, noe som stemmer godt overens med hvordan informantene i denne undersøkelsen uttrykker seg. Det å hjelpe forvirrede pasienter kan også innebære en sikkerhetsrisiko for pleiepersonalet. Ni av ti pleiere har erfart fysisk aggresjon og verbal negativ ordbruk finner Rogers og Gibson (2002) i sin studie, noe som også fremkommer i denne studien.

”... Han traff meg her (viser området på venstre overarm) ... Så jeg reiste på ferie med et stort blåmerke. Det var en litt vekker ...”(nr 3). En annen informant forteller at det å hjelpe en pasient som er akutt forvirret innebærer å ”*akseptere at en blir kalt litt av vært ... for at en er nødt til å være i situasjonen, syns jeg ... vi må bruke oss veldig mye sjøl, - det går veldig mye på våres mentale tilstedeværelse ... og så blir en veldig sliten av det. Vi gjør det.”(nr 2)*

Rogers and Gibson (2002) fant også at det å hjelpe forvirrede pasienter forårsaker dilemmaer for pleierne og at en kan føle seg inkompetent eller få skyldfølelse både i forhold til det som gjøres og ikke gjøres. Spesielt informant nr 5 er inne på dilemmaer når hun beskriver at hun egentlig vet hva som bør gjøres, men erfarer at det ikke er ”rom for å gjøre det.

”Ja, - men det er bare å innrømme det, det er nå slik det er. Vi må - veldig mye. Altså

føler jeg at vi går - på kompromiss med oss sjøl av og til, for at vi må på en måte få arbeidet unna, vi må få avdelingen til å gå. - Og da er det ikke alt vi gjør som er like komfortabelt, nei.”(nr 5)

Ved gjennomgang av intervjuene har jeg videre forsøkt å identifisere faktorer som muligens kan bidra til å forsterke opplevelsen av at det er belastende å hjelpe pasienter som er akutt forvirret eller belyse hvorfor det er slik.

4.2 Hva forteller pleiepersonalet om akutt forvirring eller delirium som fenomen

For å oppdage pasienten med delirium må pleiepersonalet vite hva som kjennetegner denne pasienten. De må ha kunnskap om akutt forvirring. Delirium eller akutt forvirring er som beskrevet i review artikkelen av Young and Inouye (2007), en tilstand som opptrer hyppig hos eldre pasienter. Antall eldre personer i den norske populasjonen øker, noe som også gjenspeiles i en vanlig sykehusavdeling, det være seg medisinsk eller kirurgisk. Ved egen avdeling (medisinsk) har intervjuer jevnlig beregnet ”dagens aldersgjennomsnitt”. Som oftest ligger det på rundt 82 år. Pleiepersonalet møter pasienten som er akutt forvirret enten tilstanden oppdages eller ikke. Flere av informantene trenger litt ”drahjelp” før de forstår hvilken tilstand som ønskes belyst når de blir bedt om å fortelle om erfaringer med pasienter som er akutt forvirret.

4.2.1 Beskrivelse av akutt forvirring

Pasienter med delirium kan bli hyperaktive, hypoaktive eller tilstanden kan opptre i en blandingsform.

Alle informantene utenom en, forteller om pasient med hyperaktiv atferd når de skal beskrive en akutt forvirret pasient. Dette er overensstemmende med at det er enklest å kjenne igjen et hyperaktivt delirium (Ranhoff 2003).

Ifølge ICD 10 kjennetegnes delirium av ”*samtidig forstyrrelse av bevissthet og oppmerksomhet, persepsjon, tenkeevne, hukommelse, psykomotorisk atferd, følelsesliv og søvnvåkenhetsrytme. Varigheten er skiftende, og alvorlighetsgraden varierer fra mild til svært alvorlig*”.

Informantenes refererer oftest til at pasienten er desorientert, har endret psykomotorisk atferd og persepsjonsforstyrrelser.

4.2.1.1 Desorientering

Alle informantene referer til pasienter som er desorienterte. Det oppdages ved at de ikke finner tilbake til rommet sitt eller at de ikke vet hvor de er eller at samtalen preges av desorientert tankegang. ”... *Ja altså, det er når du ikke får konkrete, altså realitetsorienterte svar...*” (nr 3). ”... *Det er mange det som ikke finner tilbake til rommet, ikke husker at han er på sykehuset...*”(nr 5)

4.2.1.2 Endret psykomotorisk adferd

Fem av seks informanter beskriver akutt forvirrede pasienter med økt psykomotorisk adferd:

”... *det var vanskelig å få roet han ned slik at han kunne sove...*” (nr 1), ” *Litt urolig kanskje eller flakkende blikk eller sitter helt rolig ...*”(nr 2), ”... *Ja, det kan nå være når dem begynner å gå da. - Gå, ja - da kan det blitt litt kaos,...*”(nr 3), ”... *så vil du jo merke det at dem er - urolige...*(nr 4), ”... *det er det at det bygger seg opp på en måte...*”(nr 5)

En informant forteller at hun erfarer at en pasient som er akutt forvirret kan endre psykomotorisk adferd både med uro og bli mer rolig:

”... akutt forvirra, - for meg kan det være helt flat. - men det er det indre som kan være helt kaos... for det om du nødvendigvis er helt turbo betyr det ikke for meg akutt forvirra... det har i hvert fall jeg erfart at det er en pasient som er apatisk og sånt. Det er jo ikke så lite av det i forhold til de andre tilstandene.” (nr 2)

Det pleiepersonalet opplever som vanskelig og utfordrende beskrives gjennom persepsjonsforstyrrelser og endret psykomotorisk adferd. En urolig pasient uten persepsjonsforstyrrelser eller kun i liten grad, er mer mottakelig for innspill fra pleiepersonalet enn en som har persepsjonsforstyrrelser.

4.2.1.3 Persepsjonsforstyrrelser

Med persepsjonsforstyrrelser menes tendens til misoppfattelser, personen kan være mer mistenksom enn det som er vanlig for han. Pasienten kan ha illusjoner, hallusinasjoner og vrangforestillinger. Når slike tilstander preger pasienten i sterk grad har pleiepersonalet en stor utfordring.

Informantene beskriver persepsjons forstyrrelser slik:

”Hun, hun skulle ut. - Hun skulle hjem. Hun var så sint når vi fulgte etter henne. Hun slo nesten etter oss...(ny ref) hun var nok mistenksom, - hun var nok det. (ny ref) Da forandrer de seg plutselig veldig fra å være det vi kaller for normal til å bli vanskelig for å si det sann... og plutselig så protesterer de på alt og kommer med påstander som vi ikke kjenner igjen...”(nr 1). ”... små damer som kommer inn, ikke sant, verdens snilleste, aldri gjort en katt fortred - plutselig så er dem noen store troll ikke sant? - bitte små damer som blir voldelige ...”(nr 2). ”... da spratt han ut av sengen og... ”Din morder”(nr 3), ”Han kom seg ut av sengen, rev ut kateteret og var aggressiv og var i grunnen litt truende da.”(nr 4), ” ... sengeliggende som ligger og røsker i sengehesten og - dunker med glasset på bordet og - skjønner ikke hvorfor de må ligge der...”(nr 5).

Informant nr 6 forteller om en pasient som hadde permanent kateter med en urinpose som var sprengfull og skulle vært tømt. Han nektet dem dette da han i sin verden mente at posen var full av sprit og at han ikke unte dem den festen.

Å hjelpe eller behandle pasienter som har en endret persepsjon er en utfordring. Det kan være vanskelig å samarbeide med pasienten, eller i det hele tatt å få tilgang til han. Det er ofte slike pasienter som blir utsatt for tvang og som gir pleiepersonalet de vanskelige og utfordrende opplevelsene. Pleiepersonalet opplever at forvirringen *”kan bygge seg opp på en måte”*. Utfordringen er å møte pasienten på en måte som i størst mulig grad demmer opp for at forvirringstilstanden skal forverre seg.

4.2.1.4 Hypoaktiv forvirring

Et *hypoaktivt* delirium blir ofte ikke erkjent. Pasientene har lav aktivitet og trekker seg tilbake fra omgivelsene. De ligger ofte rolige i sengen, krever ingenting, og skaper ikke bryderi i avdelingen. Ved kognitiv testing kan man imidlertid påvise nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet, ofte med desorientering i forhold til tid, sted og situasjon. Pasienter med hypoaktivt delirium synes å ha en dårligere prognose enn de med hyperaktivt delirium (Ranhoff 2003 og Sandhaus et al 2006). Pasienter som har hatt hypoaktiv eller stille forvirring forteller om opplevelser som er like vanskelige som det pasienter med hyperaktivt delirium opplever. (Breitbart et al 2002).

En informant beskriver som nevnt under endret psykomotorisk atferd, tilstanden uoppfordret,, ” ... *akutt forvirra, - for meg kan det være helt flat, - men det er det indre som kan være helt kaos...* ” (nr 2), mens en til vet hva hypoaktivt delirium dreier seg om. Resten av informantene blir fortalt hva tilstanden innebærer og reflekterer da over pasienter som kan ha hatt hypoaktivt delirium:

”... *vi tenker gjerne depresjon når de blir stille ...*” (nr 1 (nr 2)). Informant nr 3 har ikke tenkt over at det er noe som heter hypoaktiv eller stille forvirring, men når hun blir fortalt hva det innebærer sier hun: *Å ja, sannn ja! - Det tror jeg ikke det er alle gangene vi tenker over. – Vi tenker nok for lite over det.*” Informant nr 4 har heller ikke hørt om tilstanden

men uttaler: *”Det kan jo - jeg har jo opplevd det - men har ikke visst hva det var - har kanskje tenkt at det ligger noe annet bak -.”* Når informant nr 5 blir spurt om hun vet hva stille eller hypoaktiv forvirring er, sier hun: *”... hemm - nja - det er nå når - ja (kremter) - de som slutter seg inn i seg sjøl ja-”*. Informant nr 6 kjenner ikke til tilstanden.

Det at pasienten trekker seg tilbake og ikke er til noe bry i avdelingen, gjør at det ikke er så lett å oppdage tilstanden. Når pleiepersonalet i liten grad kjenner tilstanden kompliseres dette ytterligere. Det at pasienter med hypoaktivt delirium synes å ha en dårligere prognose enn de med hyperaktivt delirium er derved forståelig. I og med at tilstanden ikke oppdages og erkjennes, leter man ikke etter en årsak til forvirringstilstanden, som derved heller ikke blir korrigert eller behandlet.

Informantene peker på mulige faktorer som medvirker til lite fokus på disse pasientene:

”For å være helt ærlig--- jeg tror at vi har så pass mye-- vi har så mange oppgaver at - så lenge de er bare stille og dem på en måte-- For å si det rett ut: at dem er bare i fred--- så blir dem på en måte -- litt glemt. For i en travel hverdag så har du mer enn nok med alle andre pasienter og gjøre---” (Informant nr 4)

”Nei, for de (ler).. det er ikke noe pr... problem for oss. ” (informant nr 5)

Utsagnene kom etter refleksjon over hva som gjorde at det ikke var fokus på disse pasientene. Det kan oppfattes som en ærlig uttalelse som røper hvor pleiepersonalet har fokus. Er vi problemfokuset og ikke fokusert på forebyggende innsats? Det finnes kun to referanser til dette og informantene er få, så det trekkes ingen slutning. Men, - det virker dekkende for hverdagen i en hektisk medisinsk avdeling og kanskje det som skjer i samfunnet ellers: Den som roper høyest og er synlig, blir møtt med ressurser.

Hvordan skal vi så oppdage pasienten med stille forvirring? Med kunnskap om hypoaktivt delirium, og med hjelp fra et vurderingsverktøy, som CAM (Confusion Assessment Scale) kan vi finne pasienten ved å avdekke nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet og desorientering.

4.2.1.5 Fluktuerende delirium

Informantene beskriver ikke uoppfordret pasienter hvor forvirringstilstanden har

varierende (fluktuerende) forløp. Unntaket er når de blir spurt direkte om de har opplevd at pasienter som har vært forvirret har hatt perioder hvor de virker klar. Informantene tenker da først på søvnnvåkenhetsrytmen:

”... og så har jeg inntrykk av at de kan være ganske rolig på dag. - Dem snur gjerne på døgnet - og er rolig og sover på dag - og så er dem urolige på natt.”

Ranhoff (2003) angir at ca 40 % av pasientene med akutt forvirring veksler mellom hyper- og hypoaktivitet. Denne vekslingen er også en kilde til misforståelse og manglende oppfølging hvis kunnskapen om delirium mangler. Både det at tilstanden kan variere mellom hyper- og hypoaktivitet og at den er fluktuerende, ofte med perioder hvor pasienten virker orientert, kan gjøre at pleiepersonalet ikke følger opp tilstanden. En rapport fra nattevakten om at pasienten er forvirret, kan av dagvakten bli vurdert som at pasienten ikke er forvirret og det blir ikke satt inn tiltak som kan hjelpe pasienten ut av forvirringstilstanden, verken personal-, miljømessige eller medisinske. Det kan resultere i at pasientens forvirringstilstand forverrer seg, noe som kan ende med tvangstiltak som tvangsmedisinering.

Informantene har flest historier om pasienter med ”blomstrende” hyperaktive forvirringstilstander. Tilstander som er et problem for aktiviteten i avdelingen eller et problem for pleie til eller behandling av pasienten. Det er mindre fokus på hypoaktivt eller stille delirium. De fleste husker å ha sett det i praksis når de blir forklart hva tilstanden innebærer. Kun en informant beskriver hypoaktivt delirium uoppfordret, mens en annen umiddelbart vet hvilken tilstand det var snakk om uten forklaring. Det er også lav bevissthet om at tilstanden kan veksle mellom hyper og hypoaktivitet og at pasienten kan ha ”klare” perioder. Det at pleiepersonalet ikke har bevisst kunnskap om delirium som fenomen, kan medføre misforståelser som at pasienten med akutt forvirring ikke følges opp med tiltak eller at tilstanden ikke oppdages. Mer kunnskap om fenomenet gir pleiepersonalet flere ”knagger” å henge tilstanden på, slik at den lettere kan oppdages før den blir et problem for pasienten (og pårørende), medpasienter og pleiepersonalet.

4.2.2 Forekomst delirium

To av informantene opplever fenomenet ”rett som det er” (nr 3) eller ”nesten hver dag” (nr 5). Resten av informantene (Inkludert deltakerne i gruppe fokus intervjuet) gir en mer vag antakelse som ”vanskelig å si” eller en til to tilfeller i måneden, men legger til at fenomenet opptrer i forskjellig grad.

”Delirium is the most common complication of hospital admission for older people”, skriver Young and Inouye i sin review artikkel (2007). De antyder at rundt femti prosent av eldre ortopediske pasienter utvikler delirium postoperativt og at prevalensen blant medisinske pasienter varierer mellom 11-42 prosent.

I henhold til dette møter mine informanter daglig gjennomsnittelig mellom 2-3 og 10-11 pasienter som er akutt forvirret. Dette tyder på at fenomenet ikke oppdages noe som samsvarer med flere studier som beskriver manglende fokus på å avdekke risikopasienten og at det ikke brukes screening verktøy for å avsløre forvirringstilstander (NCCurrent and Cronin 2003, Ludwick 1999, Rogers and Gibson 2002, Cole 2004).

4.2.3 Akutt forvirring (delirium) eller demens

Deltakerne i gruppefokusintervjuet beskriver problemstillingen:

” ... det er ikke alltid så lett å skille alltid om det er ei forvirring i tillegg eller om det er demensen som gir seg utslag... (ny ref) det er ikke alltid du kjenner de så godt frå før heller, kanskje de kommer inn sånn, - er de da forvirret eller, - da - vi må nøste litt opp i fra familie og hjemmesjuepleie. - Er disse her sånn de pleier å være eller er det noe akutt som har skjedd nå og, - det er ikke alltid så lett å vite, syns jeg. ”

De skisserer også mulige løsninger på denne utfordringen, nemlig å innhente opplysninger fra personer som kjenner normaltilstanden til pasienten. Det er de som kan fortelle om pasienten har endret seg over lang tid eller om vedkommende har endret væremåte over et kort tidsrom.

Akutt debut og forstyrret bevissthet er de viktigste faktorene som skiller delirium fra demens (Ranhoff, 2003). Hvis det i en periode er vanskelig å innhente komparent opplysninger anbefaler Young and Inouye (2007) at det sikreste er å anta at pasienten er akutt forvirret inntil det motsatte er bevist. Dette for å sikre at man ikke mister verdifull tid i forhold til å finne årsak til pasientens forvirringstilstand og å sette i gang behandling i forhold til denne.

Flere informanter, alle ved samme avdeling, uttrykker en usikkerhet om pasientsituasjonene de beskriver faktisk er dekkende for fenomenet akutt forvirring. Usikkerheten skyldes trolig en slags begrepsforvirring. Det er kjent fra studier at delirium eller akutt forvirring har mange navn, Gustafson et al(2002) nevner 69 engelske synonymer for delirium.

Informant nr tre forsøker å finne ut hva intervjuer mener med akutt forvirring (delirium) ved å spørre: ”... *det høres ut som om dem kan være dement, men dem er ikke det... Om det og er inne i akutt forvirring?*” Når dette bekreftes forteller hun om episoder, men hun virker fremdeles ikke helt sikker på om disse passer inn under fenomenet:

”Jeg vet ikke om det var forv... Nå husker ikke jeg om det var akutt forvirring men ...”

I fortsettelsen unnskylder hun allikevel pasientens handlinger med at ”*Det gjorde ikke så forferdelig mye, for jeg - du visste jo at mannen var forvirret* –. Hun bruker forvirret, ikke akutt forvirret, og det virker som om informanten ikke er helt sikker på om forvirring og akutt forvirring (delirium) er dekkende for det samme fenomenet. Utsagn fra andre informanter ved samme avdeling kan belyse denne usikkerheten.

4.2.3.1 Begrepsforvirring, klar – uklar

En informant uttrykker seg slik:

”*Eh, - vi bruker ikke akutt forvirret vi da. Da bruker vi, - ja at pasienten er uklar eller vi bruker bare forvirret da, - ikke akutt. Det er veldig sjelden at det blir brukt for å være ærlig... (ny ref) ... i hvert fall ikke med akutt forvirring... Forvirring, JA!*” –
(nr 4)

Og om delirium og akutt forvirring som synonymer, sier hun:

”*Ja, - hm. - Så akutt forvirring ja, hm, - er det delir ja. - Det blir for meg mer brukt, - for*

meg mer i forhold til alkohol ja.”(nr 4)

Informant nr fem bekrefter bruken av begrepene:

Hun berører også det faktum at pasient som ”virker dement”, blir forstått som en person som er dement. Det blir ikke vurdert om pasienten kan ha en akutt forvirringstilstand, før pårørende bemerker at pasienten har endret seg.

”... altså spesielt dem som vi oppfatter som uklar, så kommer pårørende og sier at ”nå begynner han å tulle, slik har han ikke vært før”. - Og da er det sann at, å ja, - det har liksom ikke vi tenkt på, vi har bare nesten gått ut fra at – (ny ref) ... ”Ja. Så jeg syns ikke det at den akutt forvirringssaken, er den en tenker mest på. Enten så er de klar eller så er de forvirret.”(nr 5)

Informanten bruker først begrepet uklar som om det da betyr at pasienten har en demenssykdommen. Men så kobler hun klar til forvirringsbegrepet. Enten så er de klar eller forvirret. Det gir et inntrykk av at klar da ville være orientert og at uklar betyr at pasienten er forvirret. Det at begrepene brukes om hverandre at uklar kan bety både forvirret og person med demenssykdom gir rom for misforståelser, og er trolig grunnen til at det tar en stund før informantene er sikre på hvilket fenomen som ønskes belyst.

Informantene er få og hentet fra kun to avdelinger. Det fremkommer imidlertid opplysninger som kan tyde på at det å bruke mange begrep kan gi rom for misforståelser. Akutt forvirring (delirium) er et hyppig forekommende fenomen. Det kan virke fornuftig å bruke færrest mulig navn på tilstanden for å sikre samme forståelsen av fenomenet. Delirium brukes internasjonalt og akutt forvirring er et beskrivende norsk ord. Trolig vil det og kun bruke disse begrepene tydeliggjøre fenomenet. Det kan også hjelpe oss å holde tilstanden adskilt fra demensbegrepet og hjelpe oss til å huske på at også en person med demenssykdom kan bli akutt forvirret og sikre at alle med akutt forvirring raskt blir utredet for årsak. Det er vesentlig å huske at akutt forvirring har en akutt debut og at bevisstheten er forstyrret.

4.2.4 Fokus på delirium

Ingen av informantene kjenner til CAM (Confusion Assessment Scale) eller andre vurderingsverktøy i forhold til akutt forvirring. Dette er overensstemmende med studier

som viser at det ikke er tradisjon for å bruke vurderingssverktøy i denne sammenhengen ((NCCurren and Cronin 2003, Ludwick 1999, Rogers and Gibson 2002, Cole 2004).

Informantene beskriver hvilket fokus de har på pasienter som er akutt forvirret.

En informant forteller at man er oppmerksom på pasienter som er akutt forvirret.

"Det er det første vi tenker på egentlig. - Det er faktisk det. - Prøver å skjerme fortest mulig." (nr 2) Men det skinner gjennom at fokuset er der kun når pleiepersonalet vet at pasienten er akutt forvirret: *"Nei, - det må på en måte være forventet da ... Det har vært som regel at de har vært klar over forvirringen - når de blir innlagt da..."*

Intervjuer spør en informant om hun opplever at hun og hennes avdeling tenker over om pasienten kan være forvirret når han blir innlagt. Hun svarer kjapt:

"Venter og ser." Hun opplever ikke at pasienter observeres i forhold symptomer på akutt forvirring: "Nei, det tror jeg ikke. Det tror jeg ikke vi har gjort altså. Det er klart at når vi får det på rapporten at ... jeg tror nok at vi prøver oss fram mer..." (nr 3)

Hun opplever heller ikke at det settes inn noen straks tiltak når pasienten er akutt forvirret:

"Nei, ikke med det første... ikke det jeg har merket i hvert fall..." Pasienter som har vært akutt forvirret ved tidligere anledninger opplever hun heller ikke at de følger spesielt, men som hun sier: *"Vi har det sånn i bakhodet at ... det er der." (nr 3)*

En annen informant uttrykker: *"... og du er ikke klar over at dem er forvirret for det er gjerne noe dem kan bli når dem kommer inn da.." (nr 4)*

Hun erfarer at det verken er fokus på eller rutiner for å følge pasienter som er blitt akutt forvirret: *"Nei (tankefullt), - egentlig så har vi ikke det altså. - Altså vi kan jo eventuelt, eventuelt henvende dem til geriateren da...Ja, - ja, men sånn generelt, nei, - i hvert fall ikke hvis vi ser at pasienten blir klar igjen da, - så har vi ikke det nei."* Pasienten følges ikke opp selv om hun har opplevd pasienter som fluktuierer: *"Ja, i perioder, at dem har hatt perioder hvor dem har vært uklar og så klar. - Ja, det har jeg opplevd ja ... Ja, ja, sånn skjer ganske så ofte ... (nr 4)*

På spørsmål om de prøver å tenke litt føre var prinsipp at man prøver å sette inn tiltak før situasjonen låser seg, så virker det som om hun tenker medikamentell behandling, men bringer allikevel inn muligheten av å dele erfaringer til det beste for pasienten:

"Jo, det kan vi prøve å gjøre - men det er ofte - det er erfaringen min, at du kanskje gir dem et eller annet på kveld - så er det ofte at det ikke hjelper... (ny ref) ... Men vi prøver jo å gjøre det beste ut av det problemet da, og kanskje snakke sammen, altså

hvis vi sitter på rapport og vi er flere på rapport og sånt, og kanskje deler dem erfaringene vi har - og komme fram til det som er positivt å gjøre for at den pasienten skal få det bra da.” (nr 4)

En annen informant mener at de har en viss rutine på å spørre om tilstanden til pasienten når han kommer inn i avdelingen, de spør ikke om han er akutt forvirret men: *”Nei, altså, tingene vi spør om, er han er klar?” (nr5)* Når det er avklart *”... så må en på en måte ta det derfra, for hvis det er opplyst at han er klar, så håper vi nå det at han vil fortsette å være det... men det er nå det...(nr 5)*

På spørsmål om hvordan pasientene følges opp når de blir mer og mer forvirret ler hun, noe intervjuer tar som et tegn på at hun erkjenner manglende oppfølging, før hun svarer:

”Nei, jeg vet ikke om vi har noen fast plan, - det har vi ikke. Og jeg føler vel og at det er vanskelig å få til i en travel hverdag. Eh, - men vi prøver nå. - Det er ikke så, - jeg føler vel at det er ikke så veldig mye vi har å stille opp med. - Det er det med å være rolig og prøve å skape stabilitet i et sykehusmiljø, - men det er ikke råd å få til det heller... hele tiden er det pasienter ut og inn – og - av og til så må dem bytte rom og...” (nr 5)

Fokusgruppen mener at de videreformidler at en pasient er akutt forvirret, men helt sikre er de ikke:

”Ja det gjør vi. Det blir sagt både muntlig og skrevet ned - håper jeg - vi gjør vel det? -” (fokusgruppe)

Det fremkommer manglende rutine for å oppdage og å følge pasienter som er akutt forvirret. Hvis pasienten oppfattes som forvirret vektlegger flere informant å skjerme pasienten Det å bruke et vurderingsverktøy er en måte å sikre at pleiepersonalet har fokus på tilstanden. Det blir enklere å oppdage akutt forvirring hos nyinnlagte pasienter og å følge tilstanden hos de som allerede er forvirret. Dette igjen kan sikre at pasienten får en tettere oppfølging med tiltak som kan begrense alvorlighetsgraden på forvirringstilstanden. Det at en pasient blir vurdert som akutt forvirret eller blir vurdert som en risiko pasient må inn i pasientens skriftelige pleieplan og følges med muntlig og skriftlig rapport med grunnlag i kunnskap om delirium.

4.2.5 Kunnskap om delirium

Hvor har pleiepersonalet hentet kunnskapene om delirium?

Informantene husker ikke hva de lærte om dette fenomenet under utdannelsen. Tre informanter mener at de lærte å bruke realitetsorientering i forhold til disse pasientene. Det kan være riktig, i og med at alle informantene bruker realitetsorientering aktivt overfor disse pasientene, selv om den benyttes i forskjellig grad. Flere informanter mener at det de har lært, har de lært gjennom praksis. ”*Delirium is the most common complication of hospital admission for older people*” (Young and Inouye 2007) og delirium har i følge diagnosekriteriene en årsak. Under utdannelsen lærer vi mye om spesifikke sykdommer og tilstander. Vi har spesialenheter for sykdommer og skader som alle kan utløse et delirium. Pleiepersonalet behersker sitt spesialfelt. Kunnskap om delirium bør imidlertid være en slags allmennkunnskap for pleiepersonalet i og med at tilstanden kan opptre over alt. Informantene i denne studien etterspør selv mer kunnskap om delirium. Flere studier viser at kunnskap om delirium og det at tiltak også brukes for å forebygge utviklingen av tilstanden, kan ha effekt (Sandhaus et al 2006 og Gustafson et al 2002). Selv om informantene i denne lille studien ikke husker hva de lærte under utdannelsen, betyr ikke det at dette mangler i utdannelsen. Spørsmålet melder seg imidlertid, om det er tilstrekkelig fokus på en så hyppig forekommende tilstand.

4.2.6 Oppsummering av det pleiepersonalet forteller om akutt forvirring eller delirium som fenomen

Det virker som det er en begrepsforvirring til stede som kan tilsløre fenomenet delirium. Når pleiepersonalet referer til delirium eller akutt forvirring forteller de om blomstrende hyperaktive forvirringstilstander. Det er manglende kunnskap om hypoaktivt delirium eller blandingsformer. Det finnes ingen rutine for å vurdere om pasienten er akutt forvirret ved innleggelse og risikopasienter overvåkes heller ikke under oppholdet. To av informantene forteller at de opplever fenomenet hyppig, mens de andre opplever en sjeldnere frekvens. Dette tyder på at tilstanden ofte ikke oppdages. Når pleiepersonalet er oppmerksom på pasientens forvirringstilstand kan det bli iverksatt tiltak som skjerming, men det vanligste

er at det ikke settes inn tiltak før pasienten er blitt et problem. Det vil si at han ikke vil ta i mot hjelp eller behandling, eller på grunn av adferd forstyrrer medpasienter.

Pleiepersonalet husker i liten grad faktakunnskap om delirium. Det refereres til realitetsorientering som en måte å møte disse pasientene med.

4.3 Hvordan pleiepersonalet kommuniserer med pasienter som er akutt forvirret

”Pleiepersonell har vanskeligheter med å etablere og å opprettholde en positiv interaksjon med pasienten. Det kan se ut som om den største utfordringen er å unngå kommunikasjonsbrudd og som følge av dette, bruk av tvang”
(Andersson et al 2003)

Når informantene forteller om hvordan de kommuniserer med pasienter som er akutt forvirret forteller de både om episoder hvor de når fram til pasienten og om episoder hvor pasienten blir sint, frustrert eller at situasjonen låser seg. Det virker som om alle benytter seg av realitetsorientering ved første tilnærming. Noen forsøker andre tilnærmingsmåter når de ikke når fram med realitetsorientering, mens andre ikke har like lett for å variere måten de kommuniserer på.

En informant uttrykker seg slik: *”... ingen ting er der, - er som det skal være, ikke sant. – Så – eh, - så da spiller det jo ingen rolle hva vi verken sier eller gjør eller sånne ting...*

”(nr 2) Dette var et hjertesukk og slett ikke representativt for erfaringer og tanker denne informanten hadde. Imidlertid beskriver det nok tanker som kan oppstå av og til når pleiere skal kommunisere med pasienter som er akutt forvirret. Ved å hente fram erfaringer pleiepersonell har med pasienter som er akutt forvirret og belyse det med kommunikasjonsteori vil jeg forsøke å vise at måten vi kommuniserer med pasienten på har betydning.

Informantene beskriver at de kommuniserer med pasientene for å roe pasienten, trygge pasienten, oppnå kontakt, få tilgang til behandling pleie eller for å prøve å forstå pasienten og at en er interessert i pasienten. Ofte tar pleiepersonalet kontakt med pasienten på grunnlag av en kombinasjon av nevnte faktorer.

Informantene gir inntrykk av å ha mye praksiskunnskap som ”nytter”, men benytter seg ikke alltid av det, fordi de ikke er bevisst ”hva som virker” eller ”hvorfor det virker”. En

informant hadde selv inntrykk av at realitetsorientering var hennes dominerende tilnærmingsform, men uttrykte seg slik et stykke ut i intervjuet:

”Ja, men det er sant, - og det er nå - når jeg tenkte på det før jeg kom ned så har jeg ikke tenkt over noe av det her i det hele tatt. Altså, det er veldig mye vi gjør som vi ikke er bevisst på at vi gjør. For når du snakker med en pasient som er forvirret, så vil du ofte bli med på det han sier. Hm, - og du kan ikke bestandig avfeie med at slik er det og nå er vi her og nå er det slik og - for det er veldig ofte at det -. Vi hadde en som holdt på å ta hurtigruten hele tiden. (ler) - Ja, han tok hurtigruten fra XXX (stedsnavn) og da så - da begynner vi å snakke om det, - om hurtigruten og sånt - og en som var fisker som skulle ut å fiske og, og så da spinner vi på en måte i det. - Og da gjør du det ubevisst...” (Informant nr 4)

Det informantene beskriver kan deles inn i to hovedgrupper. Situasjoner hvor pleiepersonalet kontakter pasienten med utgangspunkt i egen verden, og situasjoner hvor de tar kontakt med pasienten på pasientens premisser, hvor de prøver å få kontakt med pasienten i hans verden, men som det ble sagt i gruppefokusintervjuet: *”Noen kan få til en pasient og få kontakt og prate, mens det skjærer seg fullstendig med en annen, og så kan det være motsatt...” (nr 1)*. Ved å være bevisst hva begrepet intersubjektivitet innebærer kan trolig flere pleiere oppleve at de lykkes i større grad.

4.3.1 Hva tenker pleiepersonalet om hvordan de bør opptre når de tar kontakt med pasienten som er akutt forvirret - møtet

Når intervjuer spør deltakerne i fokusgruppen om de tror at måten vi er på kan ha noen betydning for om pasienten blir bedre eller verre svarer en deltaker, mens resten av gruppen nikker bifallende:

”Ja, Ja, - Ja det trur jeg. Det er veldig viktig hvilken måte en møter de på.”

(Intervjuer) Hva slags måter tenker du på?

”Nei, - det kan være litt forskjellig fra pasient til pasient hvordan du skal møte de, men uansett så er det viktig å være rolig og ikke kave seg opp verken sjøl eller pasienten. En må i hvert fall høre på det de har å si og ikke liksom avfeie det, men ta på alvor” (nr1)

Utsagnet tyder på i hvert fall denne informanten er opptatt av pasienten som person og tar det han sier på alvor. Hun sier også at det er viktig å være rolig. En skal ikke kave opp verken pasienten eller seg sjøl. Det å være rolig blir beskrevet som viktig hos flere av informantene. En informant beskriver at en viktig egenskap for å nå fram til og hjelpe pasienten er *”å være en trygg person”* (nr 3)

En annen informant bringer også fram evnen til å skape trygghet. Hun bruker begrepet når hun forteller hvordan hun erfarer å nå fram til pasienter som opplever verden annerledes enn henne:

”- Ja, - vet du jeg sliter veldig med det, - men det jeg vet er det å skape en trygghet, hvis den biten, hvis den er etablert... - og bare ta tida til hjelp, - så ser jeg at halve jobben er gjort, – faktisk. - Det å være utholdende i forhold til det. - Jeg trur at det er ikke noe mer som skal til.”(nr 2)

Hun referer også til sykepleiere som hun opplever mestrer dette bedre og beskriver det slik:

”... erfarne sjukepleiere som jeg ser det, som har jobba veldig mye, som er mer psykiatriske ... og så sann, har på en måte ... tilnærmingssmåter som ofte kan nøste opp ting, som kan roe ned pasienten, finne ut hvorfor du er forvirra og sånne ting, jeg har aldri fått opplæring i det.” (nr 2)

Når pasienten reagerer med uro på tilnærmingssforsøk fremhever nok en informant hvor viktig det er å bevare roen:

(Intervjuer) Men, hva gjør du da når du opplever at du prøver og, - å fortelle dem og de blir ampre? Hva er neste trekk da?

”Nei, (liten latter), det er nå det å prøve å roe de ned... Det er nå ikke så mye å stille opp med da...”(nr 5)

(Intervjuer) Hva er det du, - hvordan prøver du å ro dem ned?

”Du snakker rolig og, - oppfører deg rolig og ikke blir stresset.. så det ikke stresser dem opp, - for min oppførsel smitter over på dem... Hvis jeg er rolig, så vil forhåpentligvis det og (ler litt) smitte over litt.”(nr 5)

Da informanten bringer inn rollebegrepet, spør intervjuer om hvilken rolle pleiepersonalet har i forhold til pasienten som er akutt forvirret:

”Nei det (ler), - nei, det er den rolige, avslappede, - sann, det her går bra (snakker langsamt) - (ler) – eh, - og - ja det og ikke hausse opp ting, for det er nå – hm - det er

mye som kan skje på et sjukehus som du kan hausse opp hvis du vil!”(nr 5)

Samme informant beskriver det å være rolig i forbindelse og ”*ta ned pasienten tidlig*”, et begrep hun bruker i forhold til å forhindre at pasienten som er forvirret skal ”*bikke over*” og situasjonen ende med tvang:

”Nei, det er jo det å være rolig og, - og prøve og ikke - ja det, - snakke rolig, og være rolig og – og, - vet ikke, - det er en måte å være på tror jeg.”(nr 5)

Informant nr 4 erfarer at det å være nær pasienten, gjerne med kroppskontakt kan virke positivt når pasienten er akutt forvirret:

”... - altså dette med nærhet, - ta på.”(nr 4)

En informant tenker seg hvordan pasienten har det når han er alene i sin verden:

Da befinner han seg i et veldig stort og mørkt og kaldt rom!” (ler)

(Intervjuer) ... tror du det finnes noen muligheter for å komme inn i det her stor, kalde, mørke rommet? ”--- -- --- Det vet jeg ikke. - Jeg er ikke erfart at vi har hatt muligheten til det ennå.” (nr 5)

4.3.2 Kommunikasjon på pleiepersonalets premisser

Anderson et al (2003) viser i sin studie at pleiepersonell har vanskeligheter med å etablere og å opprettholde kontakten med pasientene som er akutt forvirret og at dette truer pasientenes muligheter for å bli frisk.

Pleiepersonell er generelt opptatt av at pasienten skal gjenvinne helsen i størst mulig grad. Vi er opplært til å gi god pleie og til å iverksette god behandling. Vi har også tradisjon for å samtale med pasienten og pårørende. Utdannelsen tilstreber at pleiepersonell skal ha et helhetlig fokus på mennesket. Det kan være vanskelig nok, men når pasienten ikke ønsker vår tilnærming og vi vet at pasienten har behov for hjelp, kan det, som informantene i denne studien erfarer, oppleves vanskelig, utfordrende og frustrerende. Vi vil så gjerne at pasienten skal forstå realitetene. Realitetene er viktig for at pasienten skal begripe hvorfor han skal ta i mot behandling og samarbeide. Vi forsøker forskjellige tilnærminger ut i fra hvilken situasjon vi står over for. I øyeblikket er det ikke alltid lett å være bevisst hva vi sier eller hvilket perspektiv vi har. Informantenes beskrivelser viser at det er to

hovedperspektiv som brukes. Vi nærmer oss pasienten ut fra vår verden, eller vårt perspektiv eller vi prøver å nå pasienten i hans verden ut i fra pasientens perspektiv. Sitatene som følger viser kommunikasjon hvor pleiepersonalet tar kontakt med pasienten ut i fra sitt eget perspektiv. Det er sitater som er gjenkjennelige for pleiepersonell som har arbeidet med eldre akutt forvirrede pasienter. I en hektisk situasjon kan det være lett å glemme pasientens perspektiv.

Nei, - vi, - ho var ikke vanskelig eller sånn altså, så ho fikk nå der og da lov å leve litt i den verden da. - fordi at det var ikke noe problem for oss, - sånn sett. (nr 1).

Dette virker gjenkjennelig. Når pasienten ikke er et problem er hans verden ingen utfordring og han får være i fred. Når forvirringstilstanden ikke er noe problem for oss, så får pasienten leve i sin verden. Dick (1998) antyder at forvirring er et pleieproblem som gjør seg gjeldende i interaksjonen mellom pasient og pleier når den forstyrrer behandlingen. Hva gjør pleiepersonalet da når pasienten med akutt forvirring oppleves som et problem? Hvordan snakker de med eller til pasienten?

4.3.2.1 Boka

En informant (nr 3) bringer inn begrepet ”boka” når hun skal forklare seg om hva som utgjør forskjellen på pleiepersonell som takler det å hjelpe pasienter med akutt forvirring på en god måte, og de som sjelden ”lykkes”:

Ja (tankefull). - Nei, altså for det første så er det tålmodighet og det er erfaring. Og ikke fullstendig etter boka, men lite grann utenfor boka også.

(Intervjuer) Hva er boka for noe da?

Ja, hva er boka? (tenker)

(Intervjuer) Ja, det var litt interessant (latter felles). - Hva er det du tenker som boka når du tenker boka? - Det blir jo din subjektive opplevelse av hva du tenker boka er?

Ja, - nei, - jeg skulle til å si regler og - det som du lærer på skolen skulle jeg til å si.

(Intervjuer) Ja, hva er det du har lært på skolen i forhold til akutt forvirring tenker du?

Det husker jeg ikke nå, for det er så lenge siden – Ja - jeg husker ikke om jeg lærte noe, men –

(Intervjuer) Men hvis du tenker at du skulle gått etter boka, sånn som du, sjøl om det ikke er noe helt konkret, men sånn som du tenker boka -

(tar over setningen) - så skal du realitetsorientere fra dag 1, ja, fra dag 1 og det går ikke

alle ganger.

(Intervjuer) Men tror du at det - den boka hvor du skal realitetsorientere fra dag 1, tenker du at det er det som er regjerende i vårt miljø?

Mange ganger kan du høre det, - men jeg stritter litt der.

Informanten beskriver et fenomen som fremkommer i intervjuene, nemlig at pasienten med akutt forvirring skal møtes med realitetsorientering. *"Det tror jeg nok ja. - Det tror jeg at de fleste gjør, ja, - å orientere og å prøve å berolige,..."*(nr 4)

Informantene er i liten grad sikre på hvor de har denne kunnskapen fra, men flere informanter kobler det mot utdannelsen.

En annen informant blir spurt om hun har noen formening om hva boka kan være i denne sammenhengen:

He he he ... når jeg gikk på sjukepleien så lærte vi at vi skulle realitetsorientere pasienter som var forvirret. (nr 5)

Hun referer også til en episode fra utdannelsen som hun husker og har gjort inntrykk på henne:

Informanten husker godt en situasjon fra studietiden:

"Jeg husker når jeg gikk på sjukepleien da var nå det, - da var det nå det vi skulle - og jeg husker nå en pasient som var helt, - han var ikke helt til stede omtrent i det hele tatt han. - Og da var det sånn at han savnet kona si og, - og jeg bare sa ja og ha egentlig. - Jeg var ikke så veldig framfusende da (ler). - Og da spurte læreren, det var på veiledningsdag, - og da spurte læreren etterpå. "Hva sa du når han begynte å snakke om kona si?" - Nei, jeg sa vel egentlig ikke så mye. - "Ja, hvorfor ikke sagt at kona var død?" - Nei, jeg syns ikke jeg kunne det. - Og det kikket hun på - at jeg ikke hadde sagt det." (nr 5)

Det fremkommer av intervjuene at realitetsorientering brukes i stor grad og at ikke alle informantene er like fortrolig med å bruke andre innfallsvinkler om de ikke lykkes med realitetsorientering. Det virker som om pleiepersonalet har en oppfatning av at vi nødvendigvis må forklare realitetene. Vi skal fortelle sannheten. "Du skal ikke lyve".

Denne tradisjonen sitter sterkt i flertallet av informantene og vanskeliggjør kommunikasjon på pasientens premisser.

4.3.2.2 Realitetsorientering

Alle informantene forteller at de prøver realitetsorientering først:

”Nei.. jeg spør gjerne om dem vet hvor de er hen ... Ja, og da vanligvis så, -(sukk), svarer dem ikke på det, eller så svarer dem at de kan være, - altså dem kan være – forskjellig, - ikke at de er på sykehuset i det hele tatt. – Og så prøver jeg kanskje å identifisere meg selv i og med at jeg går i hvitt da, som den kan, - om dem kan ha noe, - altså - skjønnere det ut i fra det da. - Men det er ofte at dem ikke gjør da ... ”(nr 4)

”Nei, da er det jo i noen tilfeller at du må bare, - altså hvis jeg ikke klarer å få han ut av den settingen at jeg rett og slett må henvende meg eventuelt til andre av personalet, - lege gjerne, og eventuelt, det kommer, - altså gi etter eller annet. Men, - eh - vi prøver nå det beste vi kan da, å få han rolig, men det kan da være problem mange ganger, syns jeg, å få dem, få dem til å skjønnere hvor dem er hen. Dette kan gå over lang tid. Det kan gå over, - nei - det er en vanskelig situasjon.”(nr 4)

Det kan være et problem å få pasientene til å skjønnere hvor dem er hen. Hvorfor er det et så stort problem for oss? Er det sann at pasientene må vite at de er på sykehuset, eller er det viktige at pasienten føler seg trygg eller at vi klarer å trygge pasienten i den verdenen han befinner seg i. Hvis pasienten der er mottakelig for den behandlingen han trenger for å korrigere tilstanden som har medført forvirringstilstanden ”på toppen”, er det kanskje viktigere, enn at vi må hente han inn i vår verden. Det å følge pasientens inn i hans verden bør følges av en ettersamtale når pasienten har kommet ut av forvirringstilstanden. Opp til halvparten av pasientene husker det som skjer, mange til minste detalj, og det kan være behov for forklaringer og oppklaringer av det som er sagt og gjort.

Informantene forteller fra situasjoner hvor pasienten reagerte negativt på tilnærmingen:

”Det var i begynnelsen mest da. – Ja, - og så ble ho nok konfrontert med en del ting då. Ja, det var nok både konfusjon på toppen i tillegg til at ho ikke ville innrømme at ho hadde problemer. - Så ho ble sint når vi konfronterte ho med det... Nei ho blei på en måte konfrontert med det i forhold til ting som skjedde rundt ho da. ... Nei altså når ho ville reise hjem så brukte nå vi å si at ho ikke var i stand til det ennå, - nei - det meinte ho at ho var. – Ja, - og da blei ho sint. (latter) - Det er jo forståelig”(nr 1)

Er det forståelig? Pasienten var akutt forvirret i en annen verden. Pleiepersonalet konfronterer henne med ”vår verden” og prøver å overbevise henne om at hun har problemer. Ut i fra pleiepersonalets perspektiv prøver de å overbevise henne om at hun har feil og de har rett. Det finnes ingen felles plattform de kan kommunisere ut i fra. Realitetsorientering kan ubemerket gli over i argumentasjon. Det er sjeldent vellykket å argumentere med en pasient som er akutt forvirret. *”Ikke stå der å si at det er ikke sann, eller sann, eller sann.. og stå over han i et kvarter. Det hjelper ikke det!”(nr 3)* Erfaring

tilsier at argumentasjon kan øke forvirringen. Pasienten føler seg mistrodd, hvorpå vedkommende ofte vil dra fra avdelingen.

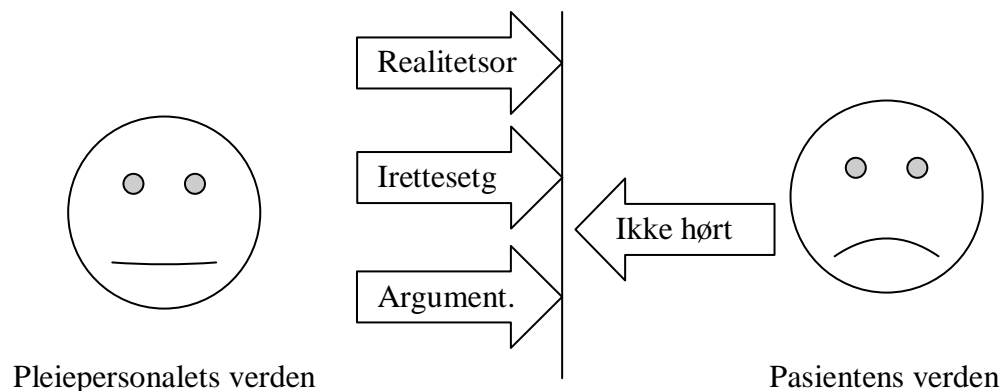
En mann var urolig fordi han lette etter posten sin:

"... så prøvde vi å orientere han litt med at ... du er på sjukehuset og det er andre som henter posten for deg."

(Intervjuer)Hva sa han da, da?

"Jeg tror at han bare, - da ropte han på kona." (nr 1)

Pleiepersonalet forsøker å roe han med å orientere han om "realitetene". I dette tilfellet økte uroen.



Det er ingen kommunikasjon mellom verdenene når pleiepersonalet snakker ut fra deres egne premisser.

Flere informanter beskriver negativ erfaring med å bruke realitetsorientering.

En informant forteller om sine erfaringer med realitetsorientering om at pasienten ofte sier, *"... men, "Jeg husker ikke det", ikke sant. - Altså da er det ofte sånn at de kan bli verre av det - ikke sant. - De kan bli mer urolig, - særlig ved demens sykdom..." (nr 2)*

En annen informant forteller at hun godt kan prøve med realitetsorientering, men at hun av og til lurer på om pasienten egentlig har oppfattet det som blir sagt eller om de bare "jatter med:

"Det er klart at du kan jo prøve å si at du er på sjukehuset vet du, - og da kan du i samme farta få svaret at "jeg vet jo det", - men så veit du ikke riktig, - så veit du ikke allikevel." (nr 3)

En informant forteller uoppfordret om realitetsorientering og forskjellige reaksjoner på slik tilnærming. Intervjuer spør om hvordan pasientene reagerer når informanten opplever at det ikke oppleves vellykket å bruke realitetsorientering.

"... hvis det ikke går bra å fortelle det til dem så tar de det på en måte, - så blir de ofte litt sånn småsint... Ja, - de blir litt amper. - Når de vil hjem, - så må jeg gjenta hvor dem er hen." (nr 5)

"Det er nå... du må nå nødvendigvis si det at "du skal være her", "du kan ikke fare noen plass nå", "du må være her" og - eh - "datteren din kommer i morgen", og - altså har jeg sagt at hun kommer i morgen så gjentar jeg det ikke sant at hun kommer i morgen - eller at hun kommer siden i dag eller at hun var her i stad eller - ja eller gjentar, - Jeg føler at jeg gjentar meg sjøl. (ler)(nr 5)

(Intervjuer)Men føler du at det... at du får kontakt med pasienten da?

"Ikke bestandig nei." (nr 5)

"... nei hva skal jeg, - jeg prøver nå å ta det sånn, - ja du kan ikke hausse deg opp da, du må nå ta det så rolig som du kan og, - og du må nå nødvendigvis forklare det at pårørende ikke er der... og så blir dem like forvirret hver gang. - Du kan jo ikke lyge til dem heller. - Det er jo ikke, - og så blir dem lei seg, - fordi at dem skjønner nå at dem tuller..." (nr 5)

Hun forklarer at ikke alle forstår at de tuller: *"Nei, ikke alle, - ikke alle, men det er en del som gjør det, ja." (nr 5)*

(Intervjuer)... men hvis ikke du får kontakt da?

"Nei, da vet jeg ikke helt hva jeg gjør, (ler) - jeg blir litt rådløs da... Jeg står der og lurere på hva jeg gjør da, - og kjenner samtidig på at jeg ikke har tida til å stå der og lure på det... Så da blir det veldig ofte det at det "Nei, du skal være her nå - og nå må jeg gå!" - Og der står han igjen." (nr 5)

Når en tilnærming ikke virker må vi prøve å legge om strategi. Vi må prøve å gå inn i pasientens verden. Hvorfor er han urolig? Er det posten eller skyldes uroen noe annet?

Fokusgruppen forteller om en pasient som gikk i andres nattebord og gikk inn på feil rom, hvorpå de forklarte at han var på sjukehuset. Intervjuer spør om de tror at han forstod forklaringen:

"Er ikke så sikker på det, men han godtok det." De forklarer det med at "... han har nå hørt på det vi har å si da..." (nr 1)

Situasjonen roet seg og personalet nådde trolig fram med det de hadde å si, men vi har nærmet oss fra vårt perspektiv. Realitetsorientering er mest vellykket i henhold til Andersson et al (2002a) når pasienten ”nesten er i vår verden” og etterspør realitetene.

4.3.2.3 Avledning

En deltaker i fokusgruppen forteller at hun opplever at det er vanskelig når eldre mennesker vil hjem til mor og far, en utfordring som mange pleiere stadig møter i praksis: *”Noen har jo kommet så langt at de bare vil heim til foreldrene sine eller sånne ting, det er litt vanskelig.”*

(Intervjuer) Ja, hva gjør du da, hvis noen vil hjem til mor eller far?

”Nei, - tja - ville vel sagt at ”du er nå så gammel at de kan umulig leve nå ...”

(Intervjuer) Hvordan reagerer de da?

”Da griner de og er så lei seg att ...”

(intervjuer) Kan dere tenke dere andre måter en kunne snakket med dem på hvis de sa at de ville hjem til mor og far?

”Det er ikke heim att til mannen din eller barna dine da”, prøve sånn da.” (nr 1)

Flere informanter forteller at de forsøker å avlede i lignende situasjoner. *”Jeg kunne nå prøvd og avledet da.” (nr 5)*. Informant nr 6 forteller at hvis pasienten etter foreldre vil hun minne dem på hvor gamle de er, og derved forsøke å få pasienten selv til å forstå at de ikke lever lengre. Hun mener det er brutalt å si at de er døde. Hun hadde erfaring med at det ble mye sorg hvis man sa det (fra dementavdeling). Hvis hun ikke får pasienten til å forstå eller vedkommende blir sint, vil hun prøve å avlede, ved å ta han med seg å finne på praktisk eller snakke om noe annet.

Avledning kan være et godt alternativ, men kun hvis vi avleder på pasientens premisser, for eksempel ved å spørre om de savner mor eller far, eller gå over til et samtaleemne vi vet er av interesse i forhold til pasientens ”levde liv”. Det er ikke enkelt å ta pasientens perspektiv. Vi spør igjen ut fra vår logiske verden. Pasienten er gammel, altså er foreldrene døde! Vi glemmer at eldre mennesker kan savne mor og far så sterkt at de igjen blir levende i pasientens forvirringstilstand. Hvis mor eller far tok hånd om personen på en god måte under sykdom tidligere i livet kan de igjen søke trøst hos foreldrene. Andersson (2002b) fremholder *at pasienten trolig tar med seg en del av livshistorien og kan blande den med det han opplever i nuet for å skape mening i det som skjer*. Det er en verdifull erkjennelse. Den appellerer kanskje ikke til pleiepersonells ”biomedisinske sans”, men bør integreres.

En eldre pasient beklaget seg over smerter i hjertet under hele sykehusoppholdet. *”Ho sa ho hadde vondt i hjertet sitt, men de sjekket nå det på alle bauer og kanter... EKG og sånt var nå heilt fint...”* (nr 1) Hjertet var undersøkt, altså var alt i orden. Den eldre kvinnen forstod ikke at alt var i orden og det var ikke rom for å prøve nå henne i hennes verden for om mulig å finne ut om smertene kunne ha en annen årsak. Neville (2007) kritiserer sjukepleiere for å være for fokusert på biomedisinske faktorer i forhold til pasienter med delirium. Hvilket kanskje har en kjerne av sannhet i seg. Det krever mindre tid og gir inntrykk av en større effektivitet. Effektivitet kan måles og kan gi inntrykk av den pleien og behandlingen man gir er av bedre kvalitet enn å bruke tiden på å samtale med pasienten. (Samtaler i somatikken utløser heller ingen DRG-poeng i finansieringssystemet til sykehus).

4.3.2.4 Forhandling

Kun en informant nevner bruk av forhandling, men tilsynelatende med utgangspunkt i pleiepersonalets verden:

”... altså skal du bidra med noe hjelp så må du på en måte - eh - forhandle deg fram også ofte... (ny ref) Du må forhandle deg fram til ting, - ikke sant. ”Hvis du går inn på rommet og setter deg nå så skal du få lov til det og det”... ”hvis du går inn att til deg sjøl ska du få lov til det og - men jeg kommer inn til deg hvert tiende minutt”, for eksempel.” (nr2)

Det kan virke som om pleiepersonalet i perioder glemmer pasientens perspektiv. Vi krever ubevisst at pasienten skal forstå oss. Ved å unnlate å ta pasientens perspektiv kan vi risikere å ende opp i en situasjon som kanskje kunne vært unngått som, *”Nei, du skal være her nå. - Og nå må jeg g! Og der står han igjen.”* (nr 5) Hva tenker pasienten? Ikke sett, ikke hørt ikke forstått?

Kommunikasjon med pasient som er akutt forvirret er vanskelig. Det finnes ingen fasit eller lettvinte løsninger for om pleiepersonalet lykkes eller ikke. Mye tyder imidlertid på at det å prøve å nå pasienten i hans verden og fra hans perspektiv oppleves mer vellykket enn andre tilnærminger både for pasient og pleiepersonell.

Through presence and listening comprehensively to the patients, the nurses

seemed to enter into the patients' world and to share their experiences and feelings. This Seemed to work well for the patients as well as the nurses"
(Andersson et al 2003)

I og med at informantene viser at de også samtaler på pasientens premisser er trolig det å belyse hvordan vi møter pasienten med akutt forvirring, for at vi skal bli bevisst det vi gjør, verdifullt for at vi skal kunne få flere positive møter med denne pasientgruppen. En av deltakerne i fokusgruppen forteller at hun prøver å realitetsorientere, men hvis det ikke fungerer så går hun mer inn der pasienten er, noe hun opplever kan være vellykket. Resten av gruppen blir spurt om de har samme type erfaringer, og følgende er representativt og tyder på ubevisst opptreden:

"Tja, en tenker kanskje ikke så mye over det da."(nr 1)

Pleiepersonalet må være bevisst hvilke perspektiv de har når de nærmer seg pasienten, så vi ikke lukker sansene våre for å ta inn det *pasienten opplever og å lytte til pasientens direkte og indirekte spørsmål* (Duppils og Wikblad, 2007).

4.3.3 Kommunikasjon på pasientens premisser

Duppils og Wikblad (2007) beskriver pasienter med akutt forvirring som opplevde at det var vanskelig å kommunisere og samhandle med andre, både i nåtiden og når de var alene og drømte. Pasientene opplevde at det var vanskelig å forstå det som ble sagt eller de kunne ha en følelse av ikke å bli lyttet til.

Dette er viktig bakgrunnskunnskap for pleiepersonalet. Det er ikke bare pleiepersonalet som erfarer at det er vanskelig å kommunisere, men pasienten opplever det samme.

Communicare oversettes med "to make common or shared" eller "å gjera felles".

Rommetveit (1972) skriver at grunndraga i kommunikasjonshandlinga er "ein internsjon om å gjera noko kjent". Blakar (1992) har en hypotese om at vellykket kommunikasjon ikke kan finne sted uten at deltakerne klarer å etablere "a shared social reality, a common here- and-now, som gir rom for utveksling av ytringer. Farr og Rommetveit(1995) gjør oss

oppmerksom på at en normal kommunikasjonslinje med koding – avkoding av budskap og at deltakerne ubevisst tuner seg inn i forhold til hverandre, ikke lenger er tilstede når man skal kommunisere med personer som har ”severe speech handicaps”. En pasient med akutt forvirring, som opplever at han befinner seg i en annen verden, må kunne sies å lide av alvorlig handikap når det gjelder å kommunisere. Det blir vårt ansvar som pleiepersonell å prøve å finne fram til pasienten å få kontakt og om mulig opprette en platt form for felles forståelse. Rommetveit (1974) påpeker at det å sette seg inn i en annens situasjon innebærer å bruke fantasi, begi seg på usikker grunn og også kunne bomme.

”En må i hvert fall høre på det de har å si og ikke liksom avfeie det, men ta på alvor ...” (nr 1), sier en informant. En annen informant forteller at hun prøver seg fram Dette må være vårt utgangspunkt som pleiepersonell. Når vi skal hjelpe pasienten som er akutt forvirret bør kunnskap om pasienten som er akutt forvirret og kunnskap om kommunikasjonsteori ligge til grunn.

”Vi må åpne den døra for å komme inn...” (nr 3), sier en informant når hun forteller hvordan det er å kommunisere med pasienter som er akutt forvirret. Hun opplever at pasientene ofte befinner seg i en annen verden. Anderson et al (2003) fremholder at resultatene var mer vellykket når sykepleierne forsøkt å se situasjonen ut fra pasientens virkelighet.

Informantene bekrefter at de har gode erfaringer med denne formen.

”Nei, - jeg prøver i hvert fall av og til å spørre litt og gå litt inn i det pasienten sier, prøver å få tak på – hvilken verden de er i da, - hva som opptar de. Det kan være ting de er opptatt av som kan være reelle, men det har blitt forvridt eller noe sånt. - Det kan nå være en måte å få kontakt og å komme i dialog med de på. - Møte de litt der de er da...” (nr 1)

(Intervjuer) Men åssen har erfaringer dere med det?

”- jo det har jeg egentlig gode erfaringer med.” (nr 1)

”... hvis du når inn til de og de skjønner det du sier, - så roer de seg ned og –hm - men det er, - det er nå litt hva slags grad, - hva slags forvirringsgrad de er i da.” (nr 5)

Informanten erfarer at det ikke er like lett å nå fram alltid, noe alle informantene beskriver. Kjennskap til kommunikasjonsteori og studier som omhandler pasienter med akutt forvirring og pleiepersonell, kan gjøre det litt mindre vanskelig. I hvert fall er det lettere å forstå hvorfor man ikke lykkes ved at vi ikke har funnet fram til *”a shared social reality a common ”here-and-now” within exchange of messages can take place”*

(Rommetveit,1974).

Det er ikke bare verbal kommunikasjon som virker inn på pasienten, men den non verbale kommunikasjonen. Informantene forteller om personlige egenskaper som virker positivt i møtet med pasienten som er akutt forvirret. ”*Det er en måte å være på*” (nr 5) eller ”*måten personen - er på.*” (nr 4) Følgende sitat viser at det ikke alltid er ordene som når inn. Det er ikke alltid vi er bevisst at vi har hatt kontakt, men at vi i ettertid forstår at vi har hatt det allikevel:

”... han nekta å si navnet sitt eller noe. Han ville ikke bli og når jeg skulle gå da, - jeg skulle trekke meg, jeg var der bare litt da. Så rekte han fram handa si og sa ”hadet” til meg. Jeg veit ikke helt hva som skjedde, men det kom bare...” (nr 1)

Slike episoder kan kanskje forklares med begrepet ”*true presence*” Laitinen (1996). I forhold til pasienter med akutt forvirring tenkte han seg at hvis pleiepersonalet virkelig viste at de var tilstede i pasientens verden, så kunne det gi pasienten en stadig forsikring om at han var trygg, forstått og akseptert. Informantene i denne studien har ikke lest hva Laitinen har skrevet, men uttrykker seg slik: ”*... at du også aksepterer at den pasienten får lov til å være uklar og forvirra og sånne ting. At de på en måte prøver å snakke seg inn i pasienten og det bilde...*”(nr 2)

Duppils og Wikblad (2007) forteller at pasienter opplever ikke å bli lyttet til. Det kan ha sammenheng med tidsfaktoren. Pleiepersonalet opplever at tidsmangel forhindrer dem i å bruke erfaringskunnskapen de har om akutt forvirring. hyggeligere er Informantene i denne studien forteller i hvert fall om hvordan de ønsker og håper at de opptrer overfor pasienten med delirium:

”Vi lytter jo til det de har å si, det gjør vi. Av og til kan en nå finne ut hva de mener ved å høre på de og, og noen ganger kommer vi inn og andre ganger ikke. - Av og til når vi ikke forstår kan vi snakke med pårørende og kanskje få ei forklaring på hvorfor de snakker om akkurat det.”(nr 1)

4.3.3.1 Pasientens historie

”Det er faktisk sant det at hvert enkelt menneske er unikt. - De har høstet egne erfaringer - og har sin egen historie ikke sant. – Og, - så kanskje om en møter på

en som er forvirret, - ikke sant, - så må en huske på at han ikke er "standard" forvirret. - Det må en huske på ---"(nr 2)

Flere informanter bringer inn betydningen av å kjenne pasientens historie.

"... hvis en kjente historia så roa dem seg veldig, - gjorde dem."(nr 2)
"... Jeg pleier å være veldig, veldig direkte... (ny ref) Jeg føler at det kan være den beste tilnærmingsmåten hvis du er akutt forvirra eller - hva skal jeg si. - Jeg føler i hvert fall at det er den måten jeg når frem på. At hvis du er ærlig nok og tør å sette tingene på: "Er det virkelig det som plager deg?" Hva? - Du ble skutt under krigen. - Er det det du sitter og tenker på?"(nr 2)

Kjennskap til pasientens bakgrunn kan gjøre det lettere å forstå det pasienten opplever og snakker om. Andersson et al (2002b) antyder at pasienten bruker sin livshistorie for å skape mening i tilværelsen under forvirringsepisoden. Informanten referert over kunne ikke stilt den type spørsmål hun gjorde uten at hun kjente pasientens historie. Kjennskap til historien er av betydning for å forstå pasienten og å møte han på riktig måte.

Pasienten ber om å bli realitetsorientert og det oppleves riktig både for pasienten og henne, da hun kjenner pasientens historie:

"Av og til så fikk han akutt forvirring fordi han klarte ikke å skille mellom. – mellom - den tida han var ung og ble torpedert og nå... "Hent meg inn, hent meg inn. - Fortell meg at det ikke er sant, fortell meg at det ikke er sant. - Fortell meg at nå - at jeg er gammel mann jeg nå, du må fortelle meg det" ... "(nr 2)

Å bruke realitetsorientering i slike situasjoner samsvarer med måten Anderson et al (2002b) tenker at realitetsorientering bør brukes *"Perhaps reality orientation is appropriate when the patient show they are aware of their confusion and their surroundings and strive for clarity."*(s. 316)

I andre sammenhenger passer det bedre å snakke om det pasienten er opptatt av:

Informanten forteller om situasjoner der hun realitetsorienter pasienten med at hun vel er så gammel at mor er død og intervjuer spør om hun også bruker andre tilnærmingsmåter i slike tilfeller:

"Ja det gjør jeg, - det sier jeg ofte. - Ja, men, - Mamma'n din da, - hvordan var hun? - Hvor vokste du opp hen og, - og sånt."(nr 2)

(Intervjuer) Men, syns du det kan fungere like godt som realitetsorientering?

"Det kan fungere mye bedre der og da. - Som regel gjør det det, - Jeg henter dem inn. - Hvor vokste du opp hen og - hva drev far din med og sånne ting og - hva gjorde du på og sånne ting. - Og da legger jeg merke til at dem, åh – ja, - mamma og pappa dreiv med det og det..."(nr 2)

Informant nr 4 har også erfart at det å ha kjennskap til pasientens historie og ha felles kunnskap med en pasient som er akutt forvirret er en styrke:

"... at hvis du vet kanskje litt hva denne pasienten liker å prate om for eksempel. - Jeg opplever jo nå en del i min alder at jeg møter en del gamle, - folk som jeg kjente altså, - så - men, men da kan jeg gjerne oppleve at det hjelper dem at de kjenner ansiktet mitt, - for eksempel, - navnet mitt, - og sånne ting merker jeg kan berolige veldig." (nr 4)

(Intervjuer) Hvorfor tror du det beroliger?

"Fordi det er noe kjent. - Det er noe dem forbinder med noe kjent..." (nr 4)

(Intervjuer) - så da roer de seg litt?

"Det varierer, men jeg har jo, - jeg har opplevd det flere ganger..."(nr 4)

"... Ja, for da har vi jo, - ikke sant, - mye felles å snakke om ...(ny ref)... Ja, vi kan gå sammen. (ny ref) ... det tror jeg nok - at når det mangler - at det kan gjøre pasienten redd.."(nr 4)

Det å ha noe felles og å gå sammen går igjen som en god opplevelse. I forhold til kommunikasjonssteori virker det som at intersubjektivitet er til stede når det skjer. Informanten forteller også at de tror at pasienten kan være redd når dette fellesskapet mangler. Med bakgrunn i dette kan det virke fornuftig å innhente pasientens historie raskest mulig etter at han blir innlagt i sjukehus. Mange pasienter uttrykker frykt og angst (Mc Curren og Cronin (2003)). Når pasienten ikke føler seg sett, forstått eller akseptert og verdenen er helt annerledes enn den han til vanlig erfarer, kan ensomhetsfølelsen bli stor.

En informant påpeker at pleiepersonalet må være oppmerksomme på pasientens uttryksmåte slik at han ikke blir misoppfattet. Med misoppfattet mener hun:

"Nei, med at det, - altså kanskje på en måte at redsel kan forbindes med - eller utrygghet og redsel kan forbindes med - forbindes med at pasienten er aggressiv... og da på en måte går jo du sjøl og inn i en annen rolle hvis du tolker at pasienten er aggressiv i stedet for kanskje å tenke det at han er utrygg ..." (nr 4)

Hvis vi møter en ny pasient på samme måte som ved tidligere møter er muligheten for å

misoppfatte pasienten og gjøre feil vurderinger stor. Utsagnene minner oss på at pasientene vi møter, selv om de er akutt forvirret, er enkeltmennesker. Stenwall et al (2007) fant i sin studie at det var problematisk at pleiepersonalet tok med seg erfaringer fra tidligere møter med andre pasienter og overførte dette til nye møter. De ber oss være oppmerksom på om måten vi møter pasienten på er bestemt ut fra tidligere erfaringer eller om vurderingene er gjort i forhold til den personen vi har foran oss i øyeblikket.

En informant uttrykker seg på en måte som oppsummerer betydningen av å kjenne pasientens historie:

”Det er faktisk sant det at hvert enkelt menneske er unikt. - De har høstet egne erfaringer - og har sin egen historie ikke sant. – Og, - så kanskje om en møter på en som er forvirret, - ikke sant, - så må en huske på at han ikke er ”standard” forvirret. - Det må en huske på ---”(nr 2)

4.3.3.1 Verdien av å holde ut

Denne informanten er opptatt av å møte pasientene der de er. Hun bruker forskjellige teknikker for å få kontakt med pasienten. Hun gir seg aldri! Hun bemerker det ikke selv, men på forespørsel forteller hun at hun nok har opplevd at kollegaer kan le litt av måten hun jobber på, men som hun sier:

”Dem flirer nok.. dem har nå flirt da når jeg har satt i gang med ”En hvitmalt benk i hagen” og, - og sunget de her gamle sangene, ... men dem har jo og da sett at pasienten ble med...”(nr 3)

Hun forklarer hvorfor det er virksomt med:

”... hva skal jeg si? - Dem skjønner vel det at noen er på lag, skulle jeg si - at vi snakker samme språk - på et hvis. - Eller at det er noen der, - om det så er å synge en gammel sang – ”(nr 3)

”Nei, du må nå spille på lag! (ny ref) ... Nei, er dem hjemme og i sin verden så får du være med i den verden - for av og til klarer du ikke å realitetsorientere dem allikevel. - Så da er det bare å være med eller så kan dem bli sint.” (nr 3)

(Intervjuer) Husker du noen gang at du, - har du opplevd noen gang at du ikke har fått kontakt med pasienten i hans eller hennes verden?

”- Ja (sukk). Sånn konkret kan jeg ikke si at jeg kommer på noe akkurat nå, men - som oftest så er jeg med de allikevel, skjønner du, - ei lita stund.(nr 3)

Informanten vektlegger øyeblikkets verdi. Hun går heller ut hvis hun ikke får kontakt i

øyeblikket og prøver igjen senere.

"Det nytter ikke å komme inn til en som er forvirret å stå på slik og slik og sånn og sånn ... Du må bare skli innpå ... ta det litt forsiktig. – Ja, bruke tid, bruke ro..." (nr 3)

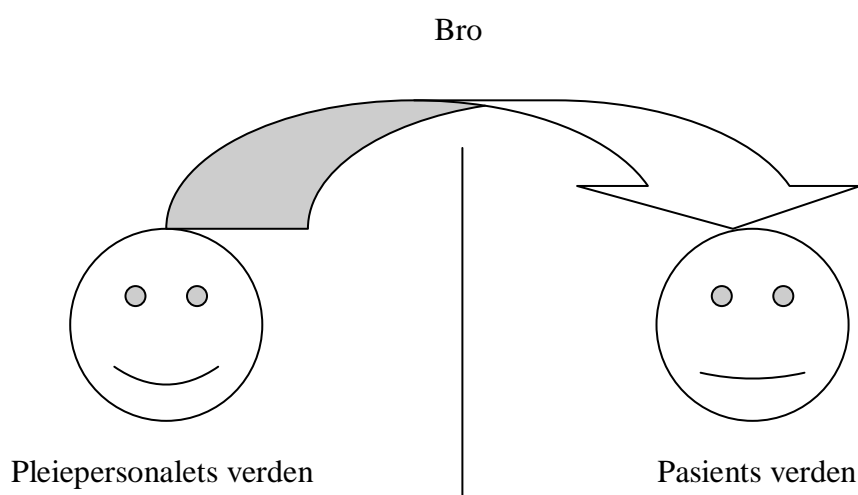
Hvis hun ikke kjenner pasientens historie så spør hun pasienten:

"Men, det er mange ganger at jeg bare spør "Hvem er ho Berta? Jeg har ikke møtt ho." ... Ja, så du må bare liksom... du finner jo ut av historien deres ved å gå inn." (nr 3)

Intervjuer spør om hun klarer å få kontakt med pasienter som er mistenksomme også:

"Det er hakket verre altså, men det går jo. - Det er det her å gå ut igjen - og gå inn igjen en stund etterpå. Å prøve sånne små innstikk da. - Ikke stå der å si at det er ikke sånn, eller sånn, eller sånn - og stå over han i et kvarter. Det hjelper ikke det!" (nr 3)
"... Hvis de ikke er liksom en sånn type som lukker seg. ... Det kan skje, men så kan en gå inn igjen en stund etterpå så kan det komme." (nr 3)

Denne informanten har jobbet svært lenge med eldre pasienter og har lært av det hun erfarer i praksis. Hun nærmer seg pasientene på en måte som i studier av Andersson et al (2002 ?) beskriver som tilnærminger som oppleves vellykket både for pasient og pleiepersonell. Hun bekrefter pasienten jevnlig, og prøver å finne frem til vedkommendes verden. Det at hun mener at pasienten opplever at de "snakker samme språk" og er på lag på et vis, kan forstås som om at intersubjektivitet er tilstede i perioder.



Det er pleiepersonalets oppgave å finne fram til pasients verden, lage en bro, for å forsøke å skape "a temporarily shared society ,a common- here- and-now" hvor vi har mulighet for å snakke til hverandre og å forstå hverandre.

Da intervjuer spør om hun tror at det finnes pleiepersonell som aldri kommer til å lære seg

metoden med å gå inn i andre sin verden, svarer hun raskt ”Ja”, og forklarer det med:

”Det er det der med å jobbe menneskelig skulle jeg til å si. Det er litt, - kanskje litt for mye - administrativt. - litt for mye - ja - medisiner, det skal skrives og det skal. - Altså det må ned på pleieplan.(nr 3)

4.3.3.3 Refleksjon

Det var også rom for refleksjon under intervjuene:

(Intervjuer)Men sånn som du sier at du av og til føler at du kommer inn til pasienten ved å snakke om det pasienten snakker om, har noen av dere opplevd sånn at dere liksom på et vis har vært på bølgelengde med pasienten sjøl om han har vært forvirret?

Ja – ja – ja - (undring)(nr 1)

(Intervjuer)Hva er det som skjer da? Hva er det som har skjedd da som ikke har skjedd når ikke det går bra, holdt jeg på å si?

”(latter...)Han har nå hørt på det vi har å si da – ” (nr 1)

(Intervjuer) Ja, - eller kan det være omvendt holdt jeg på å si at det er vi som har lyttet til pasienten?

”Ja, - det er nok sånn ja. - Det kan jo være det at de blir tatt på alvor. – Ja – hm - (flere nikker).”(nr 1)

Fokusgruppen endrer ståsted fra å tenke at pasienten har hørt på hva de hadde å si til at det er de som har tatt pasienten på alvor, og at det er derfor de har opplevd episodene vellykket. Dette kan ikke fastslås med sikkerhet, men ut i fra kommunikasjonsteori og det som fremkommer i tidligere studier, så virker det sannsynlig. Pleiepersonalet er uten at de har tenkt over det, funnet fram til *”a shared social reality”*. Nå kan det være at intervjuer i denne sammenheng legger ordene i munnen på deltagerne i fokusgruppen, men reaksjonen virket overbevisende.

Realitetsorientering har vært samtaleemne en tid og intervjuer spør:

(Intervjuer)Er det sånn at du... hender det at du prater med dem om det de er opptatt av?

”Ja-a! Vi prøver jo å gjøre det, ja - det vil jo gjerne virke beroligende på pasienten da – hm – ” (nr 4)

(Intervjuer) Ja, åssen, - hva er det som skjer da tror du?

--- (Lang pause)

”Nei, - hva som skjer? - Nei han føler det vel sånn at du - at dem føler seg beroliget når du er med, er sammen med dem i den situasjonen som dem føler at dem er i da ...”(nr 4)

Intervjuer spør en informant om det er noe hun kunne tenke seg å bidra med før intervjuet ble avsluttet:

”Nei, jeg vet ikke hva jeg skal si jeg. - På en måte prøve å se pasienten og prøve og, - prøve å hjelpe pasienten det beste en kan i en slik situasjon. Gjerne gå inn, prøve å gå inn i pasienten, være sammen med pasienten og være med på det som pasienten, - det du føler pasienten ønsker å snakke om da. Det tror jeg at det man føler at det, det er noe felles og at en kan ha noe sammen - noe som er felles, ja noe kjent”.(nr 4)

Fra å være mest opptatt av realitetsorientering i begynnelsen av intervjuet har hun endret fokus. Det virker som om hun og flere av informantene selv har kommet frem til erkjennelsen av betydningen av at pasienten skal oppleve ”å gå sammen med” eller ”ha noe felles”. Det er nesten som om intervjuet i seg selv har bidratt til en bevisstgjøring av praksiskunnskapen.

Informantene har erfart hva som virker, men de har ikke tenkt over hvorfor. De har erfart at det virker beroligende å snakke om det pasienten er opptatt av men har ikke før nå, tenkt over verdien av det å ha noe felles, av å være sammen med eller på bølgelengde uten å kjenne til begrepet intersubjektivitet, eller som Blakar og Rommertveit (1992) ville sagt det ”a shared social reality”, a common here-and-now within exchange of messages can take place.”

4.3.3.4 ”Ettersamtale”

Ingen av informantene har selv medvirket til at pasienten får snakke om forvirringsepisoden etter at han har klarnet opp, men hvis pasientene spør selv kan det være rom for det. I fokusgruppen sier de ” - (lang pause)- Altså, hvis en sjøl tar det opp så, så er det for så vidt rom for å snakke om det, - men jeg vet ikke om jeg sjøl har -(annen person) men legene snakker vel med dem om det da???” De er ikke sikre på hva som blir sagt, men tror at legene åpner for å snakke om det.

”En annen informant sier:

”Kan gjøre det ja, hvis vi, - det kommer rett og slett an på om vi har tid til det, ressurser, - det er det jeg syns mange ting går på i grunn. Men hvis du har tid til det, så syns jeg egentlig at - og hvis pasienten er mottagelig for det, - så kan vi gjøre det - og spørre hva. - Men du opplever jo det at dem ikke husker hva som er skjedd da.”
(nr 4)

Det kan tolkes som at pleiepersonalet ikke ser det som sin oppgave eller sitt ansvarsområde å snakke med pasientene om det som skjedde under forvirringsepisoden. Det er sammenfallende med det pasientene fortalte i studien til Duppils og Wikblad (2007) der ingen av pasientene hadde snakket med personalet om sine opplevelser. De uttrykte imidlertid at det var verdifullt for dem å få anledning til å snakke om det som var skjedd. Pleiepersonalet møter pasienten med akutt forvirring 24 timer i døgnet. Det er de som har førstehånds kjennskap til det som skjer under en forvirringsepisode. Det er også de som har mest å lære på å få tilbakemelding fra pasienten om hva vedkommende opplevde var til hjelp og hva de opplevde negativt.

4.3.4 Oppsummering av hvordan pleiepersonell kommuniserer med pasienter som er akutt forvirret

Måten pleiepersonalet møter pasienten som er akutt forvirret på er viktig. Pasienten må møtes med ro og pleiepersonalet må forsøke å trygge pasienten ved å lytte og å ta pasienten på alvor.

Pleiepersonalet har mye praksiskunnskap om kommunikasjon, men bruker ikke erfaringene bevisst. Det ser ut som at refleksjon kan medføre en bevissthet omkring egen kunnskap. Endret forståelse medfører at pasienten i større eller mindre grad oppfatter og forstår verden rundt seg på en annerledes måte enn det som er vanlig for vedkommende. Dette er utfordrende for pleiepersonalet som skal kommunisere med pasienten.

Informantene i denne oppgaven kjenner ikke til begrepet intersubjektivitet. De har heller ingen bevisst oppfatning av grunnleggende forutsetninger for kommunikasjon. Måten de kommuniserer med pasienter som er akutt forvirret kan inndeles i om de kommuniserer ut i fra egen verden på pleiepersonalets premisser eller om de forsøker å nå pasienten i hans verden på pasientens premisser. Det fremkommer at pleiepersonalet erfarer det å nærme

seg pasienten på pasientens premisser som mer vellykket enn å nærme seg pasienten fra eget perspektiv. Det fremkommer at det å ha kjennskap til pasientens historie gjør det enklere å oppnå fellesskap med pasienten. Det finnes ingen direkte feil måte å kommunisere på, men kommunikasjonen bør vektlegge pasientens perspektiv, pleiepersonalet må endre tilnærmingssmåte om den som velges først ikke fører fram. Det er viktig å ikke gi opp. Måter å snakke til pasienten på som kan være direkte negativt er å være irettesettende, argumenterende og kommanderende som overhodet ikke inkluderer pasientens perspektiv. Det som skal til for å oppnå intersubjektivitet varierer ikke bare fra pasient til pasient, men fra et øyeblikk til neste. Hver nye kontakt med pasienten kan kreve en annen tilnærming enn sist gang for at pasienten skal føle seg sett, møtt og forstått. Pleiepersonalet føler ikke ansvar for å snakke om forvirringsepisoden med pasienten når pasienten blir ”klar”. Det å tilby en ettersamtale om forvirringstilstanden kan gi oss verdifull kunnskap, både om delirium som fenomen og pasienten kan gi en tilbakemelding om hvordan de har oppfattet måten pleiepersonalet har opptrådt på. Det gir oss muligheter til å høste viktig lærdom og til å korrigere vår ”opptreden” også på generell basis. Det forhindrer ikke at vi må huske at det er enkeltpersoner med hver sin særegne historie vi møter og skal hjelpe.

4.4 Betydningsfulle faktorer slik pleiepersonalet ser det

Informantene forteller om faktorer som de opplever er viktig for at pleiepersonalet skal kunne hjelpe pasienten med akutt forvirring på en best mulig måte:

”Ja, (tankefull) - Nei, altså for det første så er det tålmodighet og det er erfaring. Og ikke fullstendig etter boka, men litt grann utenfor boka også.” (nr 3) Informanten prøver å beskrive hva som er viktig når en skal hjelpe pasienter med akutt forvirring. Hun beskriver tålmodighet og erfaring som viktige egenskaper ved pleiepersonalet. Det at hun mener at pleiepersonalet må gå litt utenfor ”boka” også kan forstås som at hun mener at pleiepersonalet selv må finne den tilnærmingssmåten som passer best til den enkelte pasient. En oppskrift eller prosedyre passer ikke for alle. Pleiepersonalet må tørre å bruke fantasien.

Når informantene forteller om hvordan de erfarer å hjelpe pasienter som er akutt forvirret, fremkommer det faktorer som informantene oppfatter virker inn på om tilnærmingen blir ”vellykket” eller ikke.

4.4.1 Ro

Alle informantene opplever at ro er en viktig faktor. Dette gjelder både ro i miljøet rundt pasienten og at pleiepersonalet opptrer rolig.

”Nei, - det kan være litt forskjellig fra pasient til pasient hvordan du skal møte de, men uansett så er det viktig å være rolig og ikke kave seg opp verken sjøl eller pasienten” (nr 1) Fem av seks informanter påpeker også at mulighet for skjerming og fast personale har betydning for å forhindre at pasienten skal bli urolig. *”Det er roheten rundt det og skjerming - ser jeg...(ny ref) Ja..altså jeg følte at ho roa seg hvis det var faste som kom inn.” (nr 2)* Hun bringer også inn betydningen av å kjenne pasientens historie i denne sammenhengen: *”men, - dem roa seg veldig. - Hvis en kjente historia så roa dem seg veldig, - gjorde dem.”* En informant reflekterer over hva som er forskjellen på pleiepersonale som i større grad enn andre lykkes med å hjelpe pasienter som er forvirret: *(Intervjuer) Har du noen tanker om hva som gjør forskjellen? ”Roa kanskje. - Roa ja...” (nr 3)* Andre utsagn er: *”... Nei, det er jo og eventuelt bare å prøve å være rolig med pasienten...” (nr 4)* og *”ja du kan ikke hausse deg opp da, du må nå ta det så rolig som du kan...” (nr 5)*

4.4.2 Tid

”Du må bare skli innpå ... ta det litt forsiktig... Ja, - bruke tid, bruke ro...” (nr 3)

Fem informanter opplever tidsfaktoren som betydningsfull. Dette gjelder både erkjennelsen av at det er viktig å bruke tid på pasienten som er akutt forvirret og at en pasient med akutt forvirring kan være tidkrevende. *”Nei det var det. Nei, - eh - jeg tror at vi må bruke tid...” (nr 5)* En informant gjør seg tanker om at tid er viktig for at pasienten skal oppleve

trygghet: ” ... men det jeg veit er det å skape en trygghet, hvis den biten, hvis den er etablert - og bare ta tida til hjelp, så ser jeg at halve jobben er gjort, - faktisk. Det å være utholdende i forhold til det...” (nr 2)

Pleiepersonalet erfarer allikevel at det er vanskelig å finne tid nok. ”... det kommer rett og slett an på om vi har tid til det, ressurser - det er det jeg syns mange ting går på i grunn.” (nr 4)

Informantene erkjenner at forvirringstilstanden kan forverre seg hvis pasienten ikke prioriteres, men allikevel er det vanskelig å finne tid. En informant mener at ”Om du ikke har lang tid skulle jeg til å si, - så kan du bruke den tiden du har...” (nr 3) Da tenker hun på å utnytte alle situasjoner pleiepersonalet allikevel er i nærheten av pasienten til å få kontakt med vedkommende. En annen informant opplever at tidsfaktoren fratar pasientene muligheten til egenomsorg og at det kan virke forsterkende på forvirringstilstanden: ”Ja, - og det å ha tid til og for eksempel til at de skal få prøve å stelle seg litt sjøl, - og at du bare var der. - For nå har vi, - i veldig mange situasjoner så har vi ikke det, for har vi ikke tida til at de skal få prøve seg sjøl... og vi vet det at det er ikke noe lurt å ta over så mye som vi gjør i enkelte situasjoner, men, - men. - Nødvendigheten er der.” (nr 5)

Det blir et slags paradoks, for det som virkelig krever tid og ressurser er en akutt forvirret pasient som er motorisk urolig og ikke vil ta i mot hjelp. En informant sier at det er viktig ”å ta det tidlig” for å unngå at forvirringstilstanden skal forverre seg: ” ... det er det at det bygger seg opp på en måte... og hvis du da ikke får tatt det tidlig nok, så greier vi ikke å ta det ned igjen.” (nr 5)

En annen informant uttrykker seg slik: ”Jeg har også ofte sett at det er ikke medisinene som skal til, men bare det at dem får slappe av og roe seg ned. Ta den tida dem treng. - Skjerm dem rett og slett.” (nr 2)

”... det er jo ofte at du kan på en måte begynne en sånn samtale og, - men pasienten vil gjerne prat om det. - og da har du, - da er det gjerne det der, -dårlig tid - med dårlig tid. Det føler jeg ofte på altså. Det er, - det kan være et problem altså.” (nr 4)

Det kan oppleves vanskelig i en hektisk avdeling å sette av tid til å oppdage og følge pasienten med akutt forvirring, men hvis det ikke gjøres, overlater vi problemet til pleiepersonalet som tar over etter oss. På en måte bruker vi av deres tid. Hvis alle i pleiemiljøet erkjenner det, vil kanskje pasienten med akutt forvirring få en tettere oppfølging, til glede både for pasienten og pleierne. For følgende er gjenkjennelig for alle informantene: ”... det er det jeg føler at vi skulle hatt mer tid...” (nr 5)

Informantene kobler tidsfaktoren opp mot sykehusmiljøet som på en måte binder opp tiden

til andre oppgaver: *”Det er litt, - kanskje litt for mye, -administrativt, - litt for mye - medisiner, det skal skrives og det skal -, altså det må ned på pleieplan.”*(nr 3) Informanten mener ikke her at det må nedfelles i skriftlig pleieplan, tvert i mot så mener hun at direkte pasientkontakt bør prioriteres.

4.4.3 Sykehusmiljøet

Informantene beskriver sykehusmiljøet som hektisk og preget av rutiner og systemer som binder opp tiden de skulle ha brukt til pasientkontakt. Det kan være vanskelig å prioritere oppgaver da *”systemet prioriterer for deg”*. Systemet krever at vi dokumenterer og lager skriftelige pleieplaner. Det er oppgaver som kan etterses og som kan bli påpekt om de ikke utføres. Antibiotika infusjoner henges opp til fastlagte tidspunkter til pasienter som er mottakelige for behandlingen. *”Bare”* behov for pleiekontakt får ikke samme oppmerksomhet. Det er lett å gå forbi en rolig, forvirret pasient eller ikke å oppdage en forvirret pasient når det er mer enn nok oppgaver som er lett synlig om de utføres eller ikke.

”Ja, det kan forverre seg. Det kan det gjøre! - Men det er, - men det har altså med oppbygginga av det her sjukehuset og gjøre, - har det faktisk. Det, det er ikke enerom. - Det er ikke skjerming. Hm, - det er hektisk her. Det er masse nye ansikter. - Det er det det går på. - Altså situasjonen blir bare verre ut av det. (ny ref) ... Og det er det å få nok søvn. - Det her er et sykehus ikke sant. - Du blir vekt og det blir tatt målinger og sånne ting. - Det er det med skjerming å gjøre, - rett og slett, ikke sant. Det å akseptere at den pasienten: ”Nei, han treng å få komme seg til hektene”, ”han treng på en måte å bli seg sjøl igjen. Det er det ikke rom for.” (nr 2)

”Nei, jeg vet ikke om vi har noen fast plan. Det har vi ikke. Og jeg føler vel og at det er vanskelig å få til i en travel hverdag. Eh, - men vi prøver nå. - Det er ikke så, - jeg føler vel at det er ikke så veldig mye vi har å stille opp med. - Det er det med å være rolig og prøve å skape stabilitet i et sykehusmiljø, - men det er ikke råd å få til det heller. - Hele tiden er det pasienter ut og inn – og, - av og til så må dem bytte rom og...” (nr 5)

Fokusgruppen forteller: *”Nei, det er ikke så enkelt verken å skjerme eller å ha fast personale, nei det er ikke enkelt noe av det.”* Intervjuer spør hva det er som gjør at det

ikke er enkelt og får svaret: ” *Nei, det kan du si! Nei, systemet er ikke slik at vi klarer å få det til – Dessverre.* ” Intervjuer spør hvordan systemet er:

”Nei, altså det, - vikarer ikke sant, det er ukjente folk som kommer inn. - Det, det, - den ene dagen er det ikke samme personalet som neste dag, så du klarer liksom ikke å få den der kontinuiteten med den ene pasienten, - det altså... (nr 1)

Informanten referer til en episode med en svært urolig pasient:

”Ja, taklet det, en måtte jo bare gjøre det på en måte, - men, det var nå trasig da. Vi snakket jo om det etterpå og følte det at det kan jo også komme av at vi har litt for lite bemanning i en sånn situasjon da, - og at vi kanskje har ikke dem ressursene som vi egentlig burde ha i en sånn situasjon. Du blir kanskje stående alene der du gjerne burde vært to.” (4)

Intervjuer: Tenker du at vi... at sånn som akutt forvirring er en tilstand som blir vanskelig å takle for di at vi har så hektisk miljø?

Ja. Absolutt! Det tror jeg absolutt at det er. For du har på en måte. - Du har dine oppgaver, og det, - altså det krever så pass mye av deg hele dagen, i hvert fall i en akutt avdeling, det er nå i hvert fall min erfaring, - at du på en måte - at du ikke har tid, rett og slett.(nr 4)

Informanten reflekterer over hva hun ikke får gjort men som hun tenker burde vært gjort i forhold til pasienter som er akutt forvirret:

”Å være med dem. Og hørt på dem. Hm. - For jeg tror det er en del som har en del situasjoner inne i seg som de ikke får ut, - og. Så de ikke vet helt hvor de skal gjøre av seg. - Vi flyr jo der å springer som piska skinn, - ut og inn, og - de kan jo bli forvirret bare av det ikke sant. - Når vi kommer der og sier at de skal gjøre det, og så kommer vaktskiftet - og så kommer det en lege innom og så lurer de på hvem det er og så. - Sykehusmiljøet er veldig urolig..”. (nr 5)

4.4.4 Negative holdninger

I og med at pleiepersonalet ble intervjuet og ikke observert, stod det dem fritt å fortelle om episoder og faktorer de opplevde som negativt.

Informantene forteller også om væremåter som de opplever er direkte negativt i forhold til

pasienten med akutt forvirring. Det går på negative holdninger, hvor de har opplevd at pleiepersonell har vært irettesettende overfor pasienten eller at de har oppført seg på måter som viser at de ikke har interesse av pasienten. En informant forteller ikke direkte hva som er sagt, men det er tydelig at det har gjort inntrykk:

"Jeg har vært borti dem og jeg har faktisk begynt å skrike sjøl – jeg, jeg – "du kan ikke snakke sånn til han" - ikke sant...(ny ref) Jeg har også opplevd det i xxx (navn på avdeling) - overfor pasienter, - faktisk - "nå må du slutt opp med det tullet! du er faktisk". - ærlig talt.(ny ref) ... Ja, det er jo noen som ikke burde vært sjukepleiere da...(ny ref) Nei, - dem har ikke vel ikke noen holdning i det hele tatt. Egentlig burde de skamme seg. - Jeg reagerer i hvert fall. – Ja, - det gjør jeg faktisk. - Jeg har faktisk ikke opplevd det så mye her." (nr 2)

Noen viser ikke interesse for pasienten: " ... og bare fly rundt med vaskekluten å bare bli ferdig..." (nr 3) og "Nei... og noen tror jeg faktisk tenker "å, enda en som ikke vet noe som helst"... og er egentlig litt lei av forvirrede pasienter..." (nr 5)

Noe av det informantene forteller kan selvfølgelig skyldes manglende kunnskap om delirium og tidspress, men det er ingen unnskyldning for ikke å møte mennesker med respekt.

4.4.5 Oppsummering betydningsfulle faktorer slik pleiepersonalet ser det

Det informantene forteller viser en sammenheng mellom faktorene. Sykehusmiljø – tid – ressurser – ro. Eldre sykehusavdelinger har ofte få enerom. Det er press på enerommene som skal brukes av pasienter som er terminale, pasienter som må isoleres eller andre alvorlige syke mennesker. Dette gjør at det kan bli vanskelig å skjerme en akutt forvirret pasient fra uroen i avdelingen. En informant påpeker også at det er uheldig at pasienten må skifte rom. Et romskifte kan være nok til å sende en pasient inn i eller forverre en forvirringstilstand.

Det er en sammenheng mellom oppgaver, tid, ressurser og fysisk miljø. Få skjermingsmuligheter kan øke forvirringstilstanden som igjen gjør at en urolig pasient binder opp pleieressurser og tid. Informantene peker på viktige sammenhenger som det

ikke er noen fasit på. Det å synliggjøre slike faktorer gjør allikevel at vi kan se sammenhenger og derved kan prioritere ut fra andre kriterier enn om vi ikke er bevisst disse sammenhengene, som å bruke tid på pasienten før han blir et problem for seg selv eller omgivelsene.

4.5 Svar på problemstilling

”Er det mulig å klarlegge områder som påvirker opplevelsen pleiepersonalet har når de skal hjelpe den eldre pasienten som er akutt forvirret?”

Det er mye som spiller inn når pleiepersonalet skal hjelpe en pasient som er akutt forvirret. Denne studien tar ikke mål av seg til å finne svar på alle områder som virker inn på hvordan pleiepersonalet opplever å hjelpe denne pasienten, men har funnet og belyst noen områder som oppsummeres her.

Informantene i denne studien bekrefter resultatet i andre studier om at det å hjelpe pasienter med akutt forvirring kan være vanskelig, utfordrende og krevende.

Diagnosekriteriene i seg selv varsler om at pasienten vi skal hjelpe er en utfordring med endret bevissthet og oppmerksomhet, persepsjon, tenkeevne, hukommelse, psykomotorisk adferd, følelsesliv og søvnvåkenhetsrytme.

Ufordringen er å kommunisere slik at pleiepersonalet og pasienten snakker sammen og forstår det samme.

Gjennom det pleiepersonalet forteller blir det klart at det er områder som gjennom økt bevissthet og økt kunnskap og derved økt forståelse av det som skjer, trolig kan dempe de negative opplevelsene hos pleiepersonalet.

Det å ha kunnskap om delirium som fenomen, diagnosekriterier, risikopasienten, kunne skille tilstanden fra andre og tiltak i forhold til akutt forvirring. Kunne gjenkjenne denne pasienten i tidlig fase for å sette inn tiltak helst forebyggende.

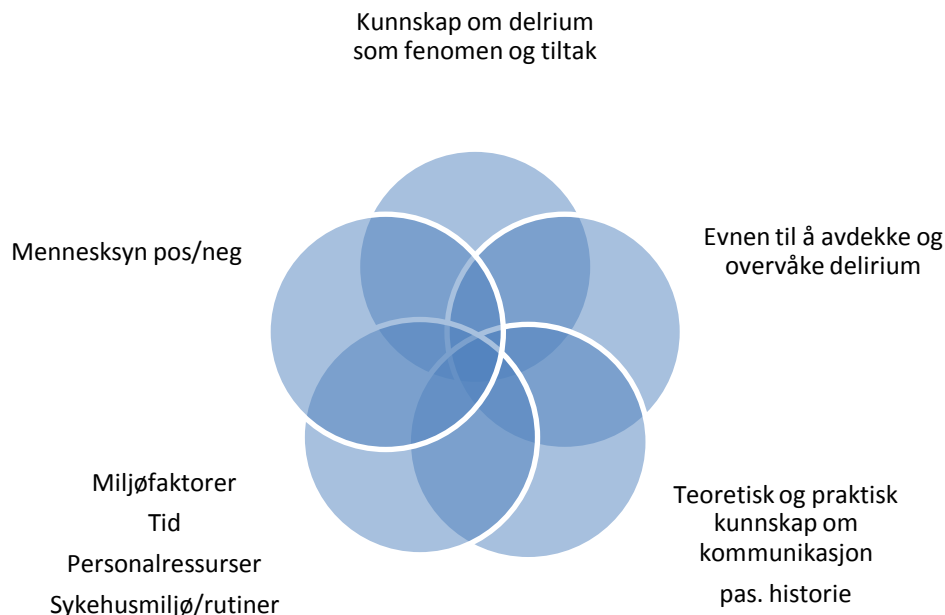
Det å være bevisst erfaringskunnskap om ”møtet” og kommunikasjon til denne pasientgruppen og å ha kunnskap om grunnleggende kommunikasjonsteori.

Det å være bevisst faktorer som har betydning for hvilken hjelp vi gir pasienten som menneskesyn, ro, tid, pasientens historie og sykehusmiljøet. Å være bevissthet på hvordan disse faktorene vektlegges kan indirekte være med på å utløse mer eller mindre behov for ressurser.

Bevisstgjøring av kunnskap og faktorer som spiller inn og økt kunnskap delirium og kommunikasjon kan medføre at vi møter pasienten på en tryggere måte som i seg selv kan dempe stressnivået hos pasienten. Det gir pleiepersonalet en forståelse av det som skjer, også når det blir utfordrende. Det å vite og forstå hvorfor ting er som de er kan dempe stressnivået hos pleiepersonalet og kunnskapen hjelper dem til ikke å gi opp.

Dette er viktig for pleiepersonalet, men det er også et ”gode” for pasienten som er akutt forvirret. Ved at pleiepersonalet har økt bevissthet og økt kunnskap om fenomenet, kan pleiepersonalet bli mer fokusert på å oppdage ”tilstanden” før den blir et problem. Derved kan forhåpentligvis flere pasienter unngå de negative konsekvensene som er forbundet med å få en alvorlig forvirringstilstand på toppen av annen sykdom.

Figuren under kan tenkes å vise en sammenheng mellom faktorer som påvirker stressnivået hos pleiepersonalet. Kunnskap gir oss større frihet til å tørre å gå utenfor ”boka”, til inspirasjon for oss og til glede for pasienten.



4.6 Pålitelighet og gyldighet

Malterud (2003) skriver at ”spørsmålene om gyldighet leder til et krav om konsistens – en synlig rød tråd, som skal være den logiske forbindelseslinje mellom den problemstillingen som prosjektet har påtatt seg å belyse, og de teorier, metoder og data som fører fram til kunnskapen.” (s. 26) Innledningsvis redegjør jeg for min for forståelse. Jeg har selv erfart at det kan være vanskelig og utfordrende å hjelpe eldre pasienter med akutt forvirring. Jeg har også observert at kolleger har samme type erfaring.

Jeg ser at det ustrukturerte intervjuguiden kan ha medvirket til at flere temaer enn direkte kommunikasjon mellom partene ble berørt. Det var imidlertid nødvendig å omtale delirium som fenomen for at informantene skulle være sikre på at de snakket om det fenomenet jeg

var ute etter. Jeg var vel også ivrig etter å innhente informasjon om emner jeg selv hadde erfart eller lest om som lå litt på siden av ”kommunikasjon”.

Gjennom intervjuene og transkripsjonen ble det klart for meg at intervjuene tydeliggjorde faktorer som spiller direkte inn på hvordan vi kommuniserer med pasienten. Intervjuene var sammenfallende. Jeg har forsøkt å stille åpne spørsmål, men ser at jeg enkelte steder har brukt ord som informanten har gjentatt i sine utsagn.

Jeg ser at observasjon av den hjelpen pleiepersonalet faktisk gir og hvordan de kommuniserer med pasienter som er akutt forvirret i praksis, kunne gitt annerledes data. Data som jeg hadde kunnet intervjuet pleiepersonalet i forhold til i ettertid. Det er imidlertid vanskelig å få tillatelse til direkte feltarbeid i forhold til sårbare pasienter. Det ville blitt meget tidkrevende i og med at pasienten ville måtte gi tillatelse til observasjon før han/hun ble forvirret. Det er ikke mulig å gjennomføre den type studier når det skal kombineres med jobb og en har tidsfrister å forholde seg til.

I forhold til den røde tråden blir det noe kronglete å forsvare at jeg underveis igjen har korrigert problemstillingen. Årsaken er datamaterialet som ga grunnlaget for en litt annen erkjennelse. Jeg kunne ha brukt det til å besvare den opprinnelige problemstillingen om hvordan pleiepersonalet kommuniserer..., men opplevde at datagrunnlaget ga muligheter til en videre tolkning. En tolkning som ga en større mening i forhold til det jeg selv og det informantene opplever i praksis. Informantene i studien ga selv indirekte svar eller forklaring på faktorer som bidrar til hvordan vi opplever å møte pasienten med akutt forvirring kan oppleves utfordrende og krevende. Sammen med teorien er det faktorer som kan gjøre en forskjell i praksis. Det er faktorer vi både kan gjøre noe med og faktorer det er viktig å være klar over og ikke minst faktorer som kan forklare hvorfor vi av og til opplever det å hjelpe pasienten som vi gjør.

Svarene gir mening, men datagrunnlaget er lite. Selv om informantene er hentet inn strategisk, altså fra en gruppe informanter hvor en kan vente og finne relevant informasjon, så er informantene kun seks, hvor ett av disse er et fokusgruppeintervju med 5 deltakere. De er hentet fra to forskjellige foretak og det de erfarer er sammenfallende i stor grad. Jeg ser at jeg som intervjuer kan ha bidratt til det. Tolkningen påvirkes både av min subjektive oppfatning og forforståelse. Datagrunnlaget i denne lille studien er imidlertid

sammenfallende med andre kvalitative studier på de områder som presenteres og også på andre områder hvor det fremkommer data som ikke blir presentert i denne studien.

Min egen konklusjon i forhold til pålitelighet og gyldighet er at nok ikke alt er gjort slik det skulle ha vært gjort, men jeg har forsøkt å behandle informanter, data og teori på en ryddig måte. Jeg har forsikret meg ved og stadig å vende tilbake til det transkriberte materialet om at ingen direkte sitat er brukt i annen sammenheng enn den det opprinnelig kunne forstås i. I prosessen med denne studien har jeg lært mye. Jeg opplever at det har vært en spennende, morsom og slitsom prosess. Det at ikke alt blir gjort på mest korrekte måte i øyeblikket og derved kan bli noe kronglete og kanskje må gjøres om igjen og derved tar ekstra tid, er viktig lærdom som klargjør og huskes. Jeg har dristet meg på en konklusjon, men er ydmyk for at andre vurderer den som ikke holdbar.

5.0 KONKLUSJON

Det å hjelpe pasienter oppleves ofte vanskelig og utfordrende. Disse opplevelsene er spesielt til stede når pasienten er urolig og ”ikke vil” ta i mot hjelp. Kunnskap om delirium som fenomen og kunne gjenkjenne risikopasienten er nødvendig for å ha fokus på og kunne oppdage pasienten med akutt forvirring. Uten å ha fokus på dette går pleiepersonalet glipp av muligheten til å sette inn forebyggende tiltak og pasienten kan miste muligheten til å få igangsatt korrigering av underliggende årsak tidlig eller ikke i det hele tatt hvis tilstanden ikke erkjennes, som ved hypoaktiv eller stille forvirring. Det er forståelig at det er utfordrende å kommunisere med denne pasienten da de kan ha forbigående endringer når det gjelder persepsjon, oppmerksomhet og derved hukommelse. For å beholde tilgangen til pasienten slik at han kan motta nødvendig behandling, ser det ut til at det å kommunisere med pasienten på pasientens premisser er mest vellykket.

Kommunikasjonsteori gir en mulig forklaring på hvorfor det er slik, ved at vi går inn i pasientens verden og møter han der. Det at pasienten da opplever seg sett, hørt og til dels forstått kan også medvirke til en opplevelse av trygghet og at pleiepersonalet er til å stole på. Intersubjektivitet er et begrep som pleiepersonell bør kjenne til og forstå betydningen av. Pleiepersonalet påpeker faktorer som de anser som betydningsfulle i forhold til akutt

forvirring. Ro blir fremholdt som viktig både i miljøet og det å bevare roen. Tid er et begrep som vektlegges. Pleiepersonalet mener at de må bruke tid på pasienten med akutt forvirring, men peker samtidig på at de ikke har tid nok. Tid blir knyttet opp mot pleieressurser. Sykehusmiljø med flersengsstuer blir fremholdt som negativt, ved at det blir vanskelig å skjerme pasienten både fra støy og rutiner og at det stadig dukker opp nye ansikter.

Tilstrekkelig kunnskap om delirium som fenomen, gjenkjenne risikopasienten, kunnskap om kommunikasjon og det å være klar over miljøfaktorer som spiller inn tid, ressurser, sykehusmiljø og negativt menneskesyn kan påvirke stressnivået hos pleiepersonalet. Stressnivået øker i takt med forverringen av forvirringstilstanden, når det gjelder hyperaktivt delirium, som er den tilstanden informantene vektlegger i denne studien. Da er det viktig å forstå betydningen av intersubjektivitet. Hvis vi ikke når fram til pasienten ved første forsøk kan vi med visshet om at vi ikke har funnet en felles plattform, lete videre med friskt mot. På denne måten kan vi styre unna argumentasjon og irettesettelser som i seg selv er frustrerende og tidkrevende for pleiepersonalet og ofte øker stressnivået og mistrivselen hos pasienten som er akutt forvirret. Det å forstå betydningen av intersubjektivitet blir ekstra viktig når en ser det i sammenheng med pasientens forbigående bevissthet, oppmerksomhet og persepsjonsforstyrrelser.

Selv om denne studien kun består av seks intervjuer kan det trolig konkluderes med at mer eller mindre fokus på delirium, kommunikasjon og miljøfaktorer trolig kan bidra til å dempe eller øke de negative opplevelsene hos pleiepersonell som skal hjelpe pasienten med akutt forvirring.

6.0 REFERANSELISTE

- Anderson Edith M, Gustafson Lars, Hallberg Ingalill R. 2001. Acute confusional state in elderly orthopaedic patients: Factors of importance for detection in nursing care. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001 (16):7-17.
- Anderson Edith M, Hallberg Ingalill R, Norberg Astrid, Edberg Anna-Karin. 2002a. The meaning of acute confusional state from the perspective of elderly patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2002 (17):652-663.
- Andersson Edith M., Hallberg Ingalill R., Edberg Anna-Karin , and 2003. Nurses' experience of the encounter with elderly patients in acute confusional state in orthopaedic care. *International Journal of Nursing Studies* 40 (2003):437-448.
- Andersson Edith M., Norberg Astrid, Hallberg Ingalill R. 2002b. Acute confusional episodes in elderly orthopaedic patients: the patients' actions and speech. *International Journal of Nursing Studies* 39:303-317.
- Blakar, R.M. 1992. Towards an identification of preconditions for communication in Wold, A.H. (red). 1992. The dialogical alternative. Towards a theory of language and mind. Oslo. *Scandinavian University Press*
- Breitbart William, Gibson Christopher, Tremblay Annie. 2002. The Delirium Experience: Delirium Recall and Delirium Related Distress in Hospitalized Patients With Cancer, Their Spouses/Caregivers, and Their Nurses. *Psychosomatics* 43 (3):183-194.
- Britton AM, Hogan-Doran JJ, Siddiqi N. 2006. Multidisciplinary Team Interventions for the management of delirium in hospitalized patients (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 (2).
- Burns A, Gallagley A, Byrne J. 2004. Delirium (review). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 75:362-367.
- Dick, KL. . 1998. Acute confusion in elderly hospitalized patient: an exploration of experienced nursing care. : University of Rhode Island (Ph.d.).
- Duppils, Gill Sørensen, and Karin Wikblad. 2007. Patients' experiences of being delirious. *Journal of Clinical Nursing* 16 (5):810-818.
- Engedal, K og Bruun Wyller, T. (red.) (2003): . 2003. *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe Forlag

- Eriksson, Sture. 1999. Social and Environmental Contributants to Delirium in the Elderly. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 1999 (10):350-352.
- Farr, R. og Rommetveit R. 1995. *The communicative act: an epilogue to mutualities in dialogue* i Marcová, I, Graumann, C.F og Foppa K. 1995. *Mutualities in dialogue*. Cambridge University Press
- Gustafson Yngve, Lundstrøm Maria, Bucht Gøsta, and Edlund Agneta. 2002. Delirium hos gamla människor kan förebyggas och behandlas. *Tidsskriftet for Norske Lægeforening* 122: 810 (4):10.
- Heap, Ken, ed. 2002. *Samtalen i eldreomsorgen - kommunikasjon, minner, kriser, sorg*. Oslo: Kommuneforlaget
- Juliebø, Vibeke. 2005. Patogenesen ved delirium. Paper read at Aldring og Helse. Den første norske kongressen i geriatri, 25. april, at Oslo.
- ICD-10. 2000. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 10. Revisjon. Norsk Utgave. Statens Helstilsyn
- Juliebø, Vibeke. 2008. Sykdomspresentasjon hos eldre. Delirium. In *GerIT*. Oslo: Norsk geriatrisk forening.
- Kvale, Steinar. 1997. *Interview En introduksjon til det kvalitative forskningsinterview*. 1. udgave, 12. oplag ed. København: Hans Reitzels forlag.
- Lonergan, E., Britton AM, and Luxenberg J. 2007. Antipsychotics for delirium (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviewa* 2007 (2).
- Ludwick, Ruth. 1999. Clinical decision making: Recognition of confusion and application of restraint. *Orthopaedic Nursing* 18, 1:65-72.
- Lundstrøm, Maria, Edlund, Agneta, Karlsson, Stig, Brännström Benny, Bucht Gösta, Gustafson Yngve. 2005. A Multifactorial Intervention Program Reduces the Duration of Delirium, Length of Hospitalization, and Mortality in Delirious Patients. 53, NO. 4:622-628.
- Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Edited by utgave. 2. opplag 2004 ed. Oslo: Universitetsforlaget. Original edition, 1. utgave Tano Aschehoug 1996.
- Marková, I. 2003. Constitution of the self: Intersubjectivity and Dialogicality *Culture & Psychology* 9 (3): 249-259.

- Marková, I., C.F. Graumann, and K. Foppa. 1995 *Mutualities in dialogue* Cambridge University Press.
- McCurren Cynthia, Cronin Sherill Nones 2003. Delirium: Elders Tell Stories and Guide Nursing Practice. *Medsurg Nursing* 12 (No. 5):318-323.
- Milisen Koen, Foreman Marquis D., Abraham Ivo L., De Geest Sabina, Godderis Jan, Vandermeulen Erik, Fischler Benjamin, Delooz Herman H. Spiessens Bart, and Broos Paul L.O. 2001. A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *Journal of the American Geriatrics Society (online)* 49 (5):523-532.
- Neville, Stephen. 2006. Delirium and older people:repositioning nursing care. *International Journal of older people nursing* 1 (2006) (2):113-120.
- Pitkälä Kaisu H, Laurila Jouko V, Strandberg Timo E, Tilvis Reijo S. 2006. Multicomponent Geriatric Intervention for Elderly Inpatients With Delirium: A Randomized, Controlled Trial. *The Journals of Gerontology: Series A: Biological sciences and medical sciences* 61A (2):6.
- Pitkälä Kaisu H, Laurila Jouko V, Strandberg Timo E, Kautiainen Hannu, et al. 2008. Multicomponent Geriatric Intervention for Elderly Inpatients With Delirium: Effects on Costs and Health-Related Quality of Life. *The Journals of Gerontology: Series A: Biological sciences and medical sciences* 63A (1):6.
- Ranhoff, A.H. 2003. Delirium: epidemiologi diagnostiske kriterier og patofysiologi. In *Aldring og hjernesykdommer*, edited by K. o. W. Engedal, T.B. (red.). Oslo: Akribes Forlag.
- Rogers Ada C., Gibson Cheryl H. 2002. Experiences of orthopaedic nurses caring for elderly patients with acute confusion. *Journal of Orthopaedic Nursing* 6:9-17.
- Rommetveit, R. . 1974. *On message structure*. London: Wiley.
- Rommetveit, R. 1992 Outlines of a dialogically based social - cognitive approach to human cognition and communication. In *The dialogical alternative. Towards a theory of language and mind.* , edited by A. H. W. (red). Oslo: Scandinavian University Press.
- Rørbakken, Geir. 2003. *Delirium: forebygging, utredning og behandling*. Edited by K. O. W. Engedal, T.B. (red.), *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo:: Akribes Forlag.
- Sandhaus Sonia, Harrel, Raith, Donna Valenti. 2006. Here's HELP to prevent delirium in the hospital. *Nursing* 36 (7):60-62.
- Segatore, Milena and Debra Adams. 2001. Managing Delirium and Agitation in Elderly Hospitalized Orthopaedic Patients: Part I - Theoretical Aspects. *Orthopaedic Nursing* 20 (1):31-43.

- Segatore, Milena, and Debra Adams. 2001. Managing Delirium and Agitation in Elderly Hospitalized Orthopaedic Patients: Part 2 - Interventions. *Orthopedic Nursing* 20 (2):61-73.
- Siddiqi N, Stockdale R, Britton AM, Holmes J. 2008. Interventions for preventing delirium in hospitalised patients (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 2007 (2).
- Stenwall Ewa, Sandberg Jonas, Jönhagen Maria Eriksdotter, Fagerberg Ingegerd. 2007. Encountering the older confused patient: professional carers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2007 (21):515-522.
- Sullivan-Marx, Eilenn M. 2001. Achieving restraint-free care of acutely confused older adults. *Journal of Gerontological Nursing* April 27 (4).
- Wetterberg, peter. 2003. *Hukommelsesboken - "Hvorfor vi husker godt og glemmer lett"*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wold, A.H., and (red). 1992. *The dialogical alternative. Towards a theory of language and mind*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Young John, Inouye Sharon K. 2007. Delirium in older people. *BMJ* 334:842-846.

Vedlegg

Intervjuguide, delvis strukturert (Brukt ved intervjuer oktober 2008 og februar 2009, LKT)

TEMA: Akutt forvirring - kommunikasjon

Kan dere/du fortelle om en gang dere hadde en pasient som var akutt forvirret?

Hvordan visste dere/du at pasienten var akutt forvirret?

Hva skjedde?

Hvordan hjalp dere/du pasienten?

Hvordan opplevde dere/du det?

Hvordan kommuniserte dere/du med pasienten?

Eksempler på når dere/du har opplevd at kommunikasjonen har vært vellykket?

Eksempler på at pasienten har reagert negativt eller at kommunikasjonen har brutt sammen

Samtaler dere/du med pasienten om forvirringsepisoden etter at hun/han har klarnet opp?

Hvor ofte omtrent møter dere/du pasienter som er akutt forvirret?

Når fokuseres det på delirium eller akutt forvirring?

Overvåkes pasienten med delirium eller risikopasienten (inkludert pasient som har vært akutt forvirret ved tidligere anledninger) for å følge utviklingen?

Når iverksettes tiltak?

Tanker eller faktorer som dere/du mener kan være betydningsfulle når pleiepersonell skal hjelpe pasienten som er akutt forvirret.

Vedlegg

Søkehistorie

Søk er gjennomført i to perioder, desember 2006 og mai /august 2008. Det er tilkommet flere relevante artikler siden første søket ble gjennomført. Søkehistorie avslører at det er forsket mye og pågår forskning omkring delirium. Majoriteten har fokus på forhold som ikke favner det som finner sted mellom den gamle pasienten med delirium og pleiepersonalet.

Søkeord:

Delirium and or acute confusion

Elderly and/or older adults and/ or aged 70+

Nursing care and/or nurse patient relationship

Communication and /or verbal behavior and /or communication barriers

Intersubjectivity

Nurse experience

Patient experience

Det fremkom ingen treff av relevans der intersubjectivity (heller ikke trunket) ble kombinert med relevante søkeord.

Limits:

Språk: engelsk

Tidsrom: 1980 til 2008 med unntak av intersubjectivity (1950-2008)

Artikler med abstracts

Der databasene tilbyr søk med lignende begreper er funksjonen brukt, likeledes bruk av anbefalte begreper hvis disse varierte noe fra opprinnelige søkeord.(Ble ikke brukt ved søk i 2006)

Søk I Medline og Psycinfo via OVID har tillatt å inkludere all age 65+ som en begrensing.

Det er søkt i følgende databaser:

Cinahl, Cochrane Library, Svemed+, Norart, Proquest, PsycINFO og Medline

Cochrane Library 5.5 2008

Kun foretatt søk på review artikler av nyere dato for oppdatert informasjon om generell data tilknyttet delirium. Ingen omhandler forholdet mellom pasient og pleiepersonell, men

en er av generell interesse. Siddiqie N et al (2008) "Interventions for preventing delirium in hospitalised patients".

Cinahl, søk utført 18.12 2006

Søkeord: Acute confusion (NANDA) or confusion and elderly and nurs\$ gir 72 treff.

Henter ut abstracts fra disse. Etter gjennomgang sitter jeg igjen med 7 artikler: Rogers and Gibson (2002) "Experiences of orthopaedic nurses caring for elderly patients with acute confusion", Dick K. (1998) "Acute confusion in the elderly hospitalized patient: An exploration of experienced nursing care", McCurren and Cronin (2003) "Delirium: elders tell their stories and guide nursing practice", Andersson et al (2003) "Nurses' experiences of the encounter with elderly patients in acute confusional state in orthopaedic care", Andersson et al (2002) "Acute confusional episodes in elderly orthopaedic patients: the patients' actions and speech", Sullivan-Marx EM. (2001) Achieving restraint-free care of acutely confused older adults", Ludwick R. (1999) "Clinical decision making: recognition of confusion and application of restraint",

Norart

Søk utført 19.12. 2006

Søkeordene forvirring or delirium and eldre or syke ga 72 treff, kun 4 av relevans.

Delirium and eldre ga 4 treff, - de allerede nevnte. Søk kun på delirium ga 19 treff hvor 8 var av interesse, og søket inkluderte de 4 nevnte. Søk på kvalitativ or undersøkelse and eldre ga 104 treff, men ingen av relevans. Kun Gustafson Yngve og Lundstrøm Maria, et al. (2002). "Delirium hos gamla människor kan förebyggas och behandlas" er brukt i oppgaven.

Søk utført 29.5.2008

Gir ingen nye relevante treff

SveMed+

Søk utført 18.12 2006

Søkeord: delirium, gamle or eldre, nurse, sykepl\$, akutt forvirring, kvalitativ research og kombinasjoner av disse. Søk hvor en bruker bare delirium gir treff på flere relevante artikler enn om søket begrenses med flere søkeord. Søk med delirium gir 50 treff hvor 20 artikler gjennomgås og reduseres til en som allerede er innhentet, Gustafson et al (2002)

Søk utført 29.5 2008

Gir ingen nye relevante treff.

Proquest

Søk utført 18.12 2006

Søkeordene older people, nursing og confusion, hvor anbefalte søkeord fra søkebasen er lagt til, gir 27 treff. Ved gjennomgang av abstracts er 12 av interesse. Av disse ble det brukt 1 artikkel: Sandhaus et al (2006) "Here's HELP to prevent delirium" .

Søk utført 29.5.2008

Det fremkommer 24 treff på kombinasjonen av delirium and older people. Av disse er 2 nye og av relevans: og Dupplis og Wikblad (2007) "Patients' experiences of being delirious",

Søkeordene delirium and nursing and older people gir 73 treff hvor 4 er tilkommet:

Pitkala et al (2008) "Multicomponent Geriatric Intervention for Elderly Inpatients With Delirium: Effects on Costs and Health-Related Quality of Life", Segatore et al (2001)

"Managing Delirium and Agitation in Elderly Hospitalized Orthopaedic Patients: Part I - Theoretical Aspects.", Segatore et al (2001) "Managing Delirium and Agitation in Elderly Hospitalized Orthopaedic Patients: Part 2 - Interventions." og Milisen et al (2001) "A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients."

Søk utført 19.8.2008

Kombinasjon av delirium and older people ga 26 treff, hvor to var relevante, Young and Inouye (2007) "Delirium in older people." og en var hentet inn tidligere (Dupplis et al 2007).

Citing articles gir treff på tidligere innhentede artikler.

Medline via OVID

Søk utført 18.12.2006

Søkeord: Confusion, aged 70, nurs\$ ga i kombinasjon 106 treff. 29 treff kunne være av interesse og etter nærmere gjennomgang satt jeg igjen med 12 treff. Av disse ble 2 hentet inn: Lundstrøm et al (2005) "A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients", Burns et al (2004) "Delirium." (review), Milisen et al (2001) "A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients."

Søk utført 19.8.2008

Søkeordene delirium og nurse experience alternativt patient experience ga ett treff Breitbart and Tremblay (2002). "The Delirium Experience: Delirium Recall and Delirium Related Distress in Hospitalized Patients With Cancer". Bruk av "citing articles" til denne artikkelen ga 1 treff, Stenwall et al (2007). "Encountering the older confused patient: professional carers' experiences". Søkeordene elderly and delirium ga 10 treff hvor 1 var av relevans Pitkala et al (2006) "Multicomponent Geriatric Intervention for Elderly Inpatients With Delirium: A Randomized, Controlled Trial" og 1 var innhentet tidligere (Pitkala 2008).

PsychINFO via OVID

Søk utført 19.8.2008

Kombinasjoner av søkeord gir få nye artikler av relevans. Nurse-patient-relationship og acute confusion gir ett treff som er innhentet tidligere (Anderson et al 2002). Citing articles til Anderson et al (2002) gir treff på to artikler som allerede er innhentet (Stenwall et al 2007 og Dupplis et al 2007). Kombinasjon av nursing care og delirium gir to treff, hvor ett er av relevans: Neville (2006) "Delirium and older people: repositioning nursing care." Kombinasjonen av delirium og patient experience gir tre treff, hvor ett er av relevans, men innhentet tidligere (Breitbart et al 2002).

Søkeprosessen var utfordrende. Det var vanskelig å finne søkeord som ga direkte treff i målområdet. Det gjorde at jeg prøvde alle mulige og umulige kombinasjoner, noe som med rette kan gi inntrykk av at søkeprosessen har vært rotete. Men jeg har erfart at forskjellige søkeord med forskjellige kombinasjoner kan gi svært forskjellig resultat fra database til database. Det har ikke vært mulig å holde seg strengt til få søkeord. Bruk av "find citing articles" ga flere artikler i målområdet enn direkte treff i søkebasen. Denne erfaringen har gjort at jeg har gått igjennom alle treff på delirium og acute confusion, med unntak av Prouquest (2068 treff på delirium, som for eksempel ga 257 treff på delirium and nursing og 312 treff på delirium and treatment).

Jeg har gått igjennom titlene og lest abstracts der tittelen har virket interessant i forhold til denne oppgaven. Videre har jeg hentet inn artikler der abstracts har vært av interesse.

Jeg har hentet inn 45 artikler hvor 29 er brukt i oppgaven.

Vedlegg

Informert samtykke

HVORDAN PLEIEPERSONELL ERFARER Å KOMMUNISERE MED ELDRE PASIENTER MED AKUTT FORVIRRING

Jeg forstår at jeg er bedt om å delta i et prosjekt som fokuserer på hvordan pleiepersonell erfarer å kommunisere med eldre pasienter med akutt forvirring.

Jeg forstår at det innebærer å delta i et gruppefokusintervju av en varighet på ca to timer. Jeg kan bli kontaktet i ettertid hvis prosjektansvarlig ønsker å klargjøre et utsagn.

Det vil ikke bli lagret eller brukt noen persondata. Prosjektet innhenter ikke personopplysninger og meldes derfor ikke til Datatilsynet.

Deltakelse i prosjektet medfører ingen personlige fordeler, men deltakelse kan gi oss en bredere forståelse av det som skjer når vi kommuniserer med pasienten med akutt forvirring.

Jeg er villig til å delta i intervjuet og forstår at jeg selv velger hva jeg vil bidra med.

Opplysninger som kommer fram i intervjuet er konfidensielle. Min identitet eller beskrivelse av pasienter som kan gjenkjennes vil ikke fremkomme i rapporten, selv om noen av mine meningsuttrykk kan bli sitert.

Jeg kan når som helst trekke meg fra prosjektet uten nærmere forklaring uten at det får noen negative konsekvenser for meg.

Jeg skriver under på at alle opplysninger som fremkommer under gruppefokusintervjuet er konfidensielle og taushetsbelagte.

Jeg har lest, forstått informasjonen i samtykkeerklæringen og fått besvart mine spørsmål. Jeg mottar en signert kopi av samtykkeerklæringen.

Herved gir jeg frivillig samtykke til deltakelse i gruppefokusintervju under
betingelsene som nevnt over:

Sted:

Dato:

Deltakers signatur:

Telefonnr:

Stilling:

Antall år med erfaring som helsepersonell:

Intervjuers signatur:

Telefonnummer 930 56 032

Jeg ønsker kopi av prosjektet når resultatene foreligger JA:

NEI:

Adresse den eventuelt skal sendes til:

Vedlegg

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) KORTVERSJON

Inouye et al. Ann Int Med 1990; 113: 941-948. Norsk oversettelse ved Anette Hylan Ranhoff, Marianne

Hjermstad og Jon Håvard Loge, 2004

INTERVJUER:

DATO:

I	AKUTT DEBUT OG VEKSLLENDE FORLØP	BOKS 1
	a) Finnes det tegn på akutte endringer i pasientens mentale tilstand i forhold til hvordan han/hun er til vanlig? Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	b) Vekslet den (unormale) atferden i løpet av dagen, det vil si, hadde tegnene en tendens til å komme og gå eller øke eller avta i styrke? Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
II	UOPPMERKSOMHET	
	Hadde pasienten problemer med å holde oppmerksomheten, for eksempel ble han/hun lett distraheret, eller hadde han/hun problemer med å få med seg det som ble sagt? Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
III	DESORGANISERT TANKEGANG	BOKS 2
	Var pasientens <u>tankegang</u> desorganisert eller usammenhengende, for eksempel usammenhengende eller irrelevant konversasjon, uklare eller ulogiske tankerekker, uforutsigbar endring fra tema til tema? Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
IV	ENDRET BEVISSTHETSNIVÅ	
	Generelt sett, hvordan vurderer du pasientens bevissthetsnivå?	
	<input type="checkbox"/> Våken (normal)	
	<input type="checkbox"/> Oppspilt (anspent)	
	<input type="checkbox"/> Somnolent (søvnig, lett å vekke)	
	<input type="checkbox"/> Stuporøs (omtåket, vanskelig å vekke)	
	<input type="checkbox"/> Komatøs (umulig å vekke)	
	Er det noen kryss i det grå feltet? Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Hvis alle punktene i Boks 1 og minst ett i Boks 2 er besvart med JA, er diagnosen delirium sannsynlig.